



Instituto Juan March

Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales (CEACS)

Juan March Institute

Center for Advanced Study in the Social Sciences (CEACS)

Sanidad : la política de la elección colectiva : informe sobre las actuales reformas de la sanidad en Canadá, Holanda, Francia, la República Federal de Alemania, Gran Bretaña, Italia y Suecia

Author(s): Immergut, Ellen M.

Date 1990

Type Working Paper

Series Estudios = Working papers / Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales 5 (1990)

City: Madrid

Publisher: Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales

Your use of the CEACS Repository indicates your acceptance of individual author and/or other copyright owners. Users may download and/or print one copy of any document(s) only for academic research and teaching purposes.

SANIDAD: LA POLÍTICA DE LA ELECCIÓN
COLECTIVA

(Informe sobre las actuales reformas de la Sanidad en
Canadá, Holanda, Francia, la República Federal de
Alemania, Gran Bretaña, Italia y Suecia)

Ellen M. Immergut

Estudio/Working Paper 1990/5
Junio 1990

Ellen M. Immergut es profesora del Departamento de Ciencia Política del Instituto Tecnológico de Massachusetts. En 1989 fue profesora del *Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales*, donde impartió un curso sobre “La política del estado del bienestar”. La elaboración de este estudio contó con el apoyo institucional y la ayuda material del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, y fue presentado por la autora en un seminario celebrado en el Centro el 19 de octubre de 1989.

Las décadas que siguieron a la Segunda Guerra Mundial se caracterizaron por un compromiso público sin precedentes hacia la sanidad. Los partidos políticos de todas las tendencias consideraron el acceso a la sanidad como un derecho fundamental de ciudadanía y las instituciones sanitarias tuvieron un lugar preeminente en la reconstrucción después de la guerra. Los gobiernos nacionales tomaron medidas inmediatas para mejorar la capacidad de la sanidad mediante fuertes inversiones en infraestructura sanitaria, especialmente hospitales, investigación y escuelas médicas y mediante la introducción o expansión de programas de seguridad social. Durante los años 50 y 60, se prestó mayor atención a la racionalización de los servicios sanitarios mediante políticas de regionalización y planificación, así como la provisión de beneficios a grupos que habían estado relativamente abandonados, tales como los enfermos mentales o los disminuidos físicos.

Durante el final de los años 60 y principios de los 70, se atacó el modelo médico de sanidad --que habían "sacralizado" estos programas que financiaban y reorganizaban moderadamente las prácticas sanitarias normales--. Se debatieron como parte de un status quo las prerrogativas profesionales, la jerarquía de los hospitales, las causas no médicas de enfermedades, como las originadas por el medio ambiente o por causas sociales. Los que elaboraban la política se centraron en la necesidad de reorientar la administración de la sanidad lejos de los hospitales de la alta tecnología, hacia la asistencia en ambulatorios, y mostraron un renovado interés en los centros de sanidad local, en una mayor participación ciudadana en la

planificación y, en algunos países, en la limitación del sector privado.

Desde finales de los años 70 y principios de los 80, el debate ha cambiado de dirección una vez más. Un informe reciente de la OCDE (1987) afirma que el problema del acceso a la sanidad se ha resuelto y se ha reemplazado ahora, con la preocupación por la eficiencia y la eficacia en la sanidad. Existe un reconocimiento de que el periodo de enorme crecimiento en la administración pública de la sanidad toca a su fin, al mismo tiempo que la demanda, alimentada por el continuo desarrollo de la tecnología médica, el envejecimiento de las poblaciones y una demanda pública continuada de asistencia, parece solo ir en aumento. En un cambio completo de política, muchos países están reduciendo instalaciones sanitarias, que incluye la reducción de camas hospitalarias, del número de médicos y de la cobertura del seguro. Las que elaboran la política se interesan por los incentivos políticos y económicos para el "exceso de capacidad" y "exceso de seguro", así como por los incentivos para asistencia institucional de alta tecnología. Se cuestiona la eficacia del tratamiento médico y especialmente los beneficios marginales que se obtienen de nuevas inversiones y de nueva tecnología médica.

Coexistiendo con el descubrimiento repentino de este excedente existe, sin embargo, un reconocimiento de una necesidad substancial insatisfecha. A pesar de la incapacidad de los gobiernos para reducir el creciente número de médicos, su distribución continua siendo irregular, tanto por especialidad como por situación geográfica. Además, los gastos sanitarios están sumamente concentrados en una reducida parte de la población con importantes problemas de salud, resultando difícil la reducción de costes sin perjudicar a los más necesitados.

A medida que aumenta la importancia de las difíciles elecciones de asignaciones, el fracaso de un mecanismo distributivo previo aparece aun con mayor claridad. En

primer lugar, las fluctuaciones en las necesidades y el excedente actual han reducida la confianza en la planificación. Se presentan quejas de que se ponen en marcha prematuramente costosas nuevas tecnologías sin una evaluación apropiada y de que faltan mecanismos para eliminar una costosa duplicación de instalaciones. En segundo lugar, los políticos y el público ya no están de acuerdo con dejar las decisiones médicas a los médicos. Por añadidura, a medida que la tecnología médica se aproxima a la capacidad de prolongar la vida casi indefinidamente, los dilemas morales planteados por las decisiones de detener el tratamiento no se pueden resolver en el contexto de la relación individual médico-paciente. En tercer lugar, a nivel del consumidor individual, mientras se está discutiendo el aumento de la responsabilidad financiera de los pacientes, también se reconoce que el paciente es incapaz de hacer una evaluación del tratamiento en términos médicos.

Fundamentalmente, existe una crisis de toma de decisión. Mientras los gobiernos pueden garantizar la administración de la sanidad, no pueden garantizar la administración de la salud. Hay una necesidad acuciante de mecanismos que evalúen los resultados del tratamiento, así como de mecanismos para decidir sobre alternativas sanitarias. Y mientras este dilema --y las críticas previas del modelo médico-- nos han preparada el terreno para la entrada del análisis económico en la asistencia médica y de un renovado interés en la utilización de los mercados como un mecanismo distributivo, esta consideración no sustituye a las evaluaciones y decisiones basadas en un concepto sustantivo de la salud.

Reducción del coste

En las naciones de la OCDE, el coste de la sanidad en la actualidad equivale a más del 7% del PIB, 9% del total del consumo público y privado y cuenta con casi el 5% del

empleo total (OCDE 1987: 9). En comparación con el PIB el índice de crecimiento de los gastos en sanidad se ha frenado en los ochenta. Para los periodos 1960-1975, 1975-1984, la relación media del crecimiento en los gastos de sanidad al crecimiento en PIB para los 16 países de la OCDE fue 1,6, 1,3 y 0,5, respectivamente. En otras palabras, mientras los gastos en sanidad crecían un 60% más deprisa que el PIB de 1960 a 1975, y un 30% más deprisa de 1975 a 1984, entre 1980 y 1984 el crecimiento fue un 50% más lento que el crecimiento del PIB. (OCDE 1987: 57)

Un reciente estudio señala que, a pesar de la preocupación sobre el envejecimiento de las poblaciones, el impacto de la medicina de alta tecnología y la inflación del coste médico, estos factores no son tan críticos como se pensó. Se proyecta que el envejecimiento de la población tendrá solo un efecto limitado hasta el año 2010 (un aumento de un 17% para los 16 países sobre la media o un aumento por capita de un 17%); entre 2010 y 2030, el efecto es significativo pero varía por países (31% en conjunta; 19% per cápita, siendo los más afectados Canadá, Japón, Finlandia y Suiza). El informe afirma que, "dado el crecimiento adecuado en productividad y empleo, la carga económica agregada no tiene que resultar insuperable. Pero podría requerir unas redistribuciones de recursos importantes procedentes de otros objetivos en competencia y una voluntad política para proporcionar el mecanismo que permitirá un cambio de dirección semejante en las prioridades". (OCDE 1987: 89, 91). Mientras existen estudios insuficientes sobre el impacto de la tecnología médica, estudios limitados han mostrado que los aumentos de coste de los nuevos procedimientos quirúrgicos han tenido un efecto mucho mayor sobre los costes (OCDE 1987: 87). De un aumento porcentual de un 15.5 en los costes medios de la sanidad en la OCDE, la utilización y la intensidad crecientes de los servicios, combinadas con la inflación económica general ocasionaron un 13,9% y el resto fue ocasionado por el

crecimiento de la población y la inflación de la sanidad, (p.57) El componente causante del mayor crecimiento de los gastos de sanidad sigue siendo el coste hospitalario, y el grueso de este coste es el coste del personal. La remuneración a los médicos comprende solo por término medio un 10% del coste sanitario pero los médicos son responsables del 90% de los gastos de sanidad.

Las medidas para la reducción de costes se pueden dividir en las que afectan a la administración y las que afectan a la demanda de sanidad. Estas pueden subdividirse más aun según el componente de la sanidad al que afectan y en si están dirigidas directamente a los administradores de la sanidad o a los consumidores o bien si actúan mediante mecanismos financieros. En general, se puede señalar una tendencia a reducir los costes de la sanidad reduciendo los costes totales para cualquier componente (p. ej. costes de funcionamiento hospitalario u honorarios de los médicos) por un sobre presupuestario, pero permitiendo que la distribución de recursos dentro de este sobre sea determinada por métodos más descentralizados.

Aspecto de la Administración Directa

Muchos gobiernos están actuando actualmente para reducir el número de camas hospitalarias, el número de médicas y el número de servicios y recetas firmadas por médicos. La política gubernamental expansionista se está invirtiendo, y muchos países consideran que tienen un exceso de capacidad de camas hospitalarias y de médicos. Esta es una desviación radical de la teoría que sostiene que el aumento del número de médicos originaría una competencia entre ellos y consecuentemente un descenso de sus honorarios. Con una incertidumbre con respecto al coste médico y a las medidas para su reducción, la única certeza que surge ha sido que la demanda no parece haberse saturado; si hay camas y médicos disponibles, se utilizarán. Sin embargo, la reducción en hospitales y en médicos es difícil.

Hospitales

Para los hospitales, surgen cuestiones regionales de autonomía local y de empleo local. Ha sido más fácil transferir camas para otros usos, como la asistencia a ancianos y, dada tanto la necesidad creciente de asistencia a largo plazo como la importancia del sector de la sanidad como empresario (con frecuencia orientado hacia altos salarios como consecuencia de los sindicatos), este punto de vista tiene algunas ventajas. Mientras muchos gobiernos han actuado para reducir camas, la función más amplia de planificación de la sanidad y de los hospitales ha resultado difícil para los países que carecen de un proceso de planificación a largo plazo. Los nuevos puntos de vista de la planificación tienden a relegar la planificación de la capacidad a entidades regionales o a confiar en mecanismos financieros. La incertidumbre acerca de las demandas y la evaluación de los resultados ha creado algo de desilusión en la planificación. Sin embargo, especialmente en el área de la tecnología médica, los planes nacionales y regionales (como en el caso sueco) son un medio efectivo para controlar la distribución y el suministro total de la tecnología.

Médicos

Se ha conseguido limitar el número de médicos mediante reducciones en la matriculación en escuelas médicas, reducciones en los puestos de prácticas en hospitales y en puestos hospitalarias. Se considera que esto es un problema continuo, ya que una gran cantidad de estudiantes de Medicina ya han empezado sus prácticas y porque las perspectivas de ingresos para las carreras médicas son altas en comparación con los costes de prácticas, lo que garantiza una gran demanda continuada para la entrada en las escuelas. La inmigración de médicos es un problema, que aumentará con la integración económica en Europa. Además de los controles en el número de médicos, se han hecho esfuerzos para limitar la relación del número de especialistas con el de médicos de

medicina general, por ejemplo, mediante reducciones en puestos de prácticas en residencia en Canadá. Un medio indirecto de limitar los especialistas es la obligatoriedad de recurrir al médico de medicina general para ir al especialista, como en Gran Bretaña y en Holanda.

Servicios

Se ha intentado, mediante varias formas de seguimiento estadístico sobre las actividades de los médicos, la limitación de los servicios y recetas mandados por médicos. Mientras este método puede aumentar la consciencia de los médicos sobre la comparación de sus propios hábitos con los de otros médicos, ha sido muy difícil establecer sanciones. O bien no se impone ninguna sanción o la sanción es muy drástica, como la exclusión de la práctica en el seguro o la pérdida de la licencia médica. Como consecuencia, este instrumento se ha utilizado principalmente para localizar graves abusos entre los médicos. Como existen justificaciones médicas para las variaciones en la práctica y a causa de que este sistema utiliza promedios estadísticos como una norma más bien que una norma basada en el criterio médico, la extensión de sanciones a más médicos de tipo medio podría simplemente estimular a dichas doctores a seleccionar los pacientes de acuerdo con los servicios que requiriesen. Un método más indirecto es la utilización de estamentos profesionales para la revisión o segundas opiniones. Aquí la toma de decisión se vuelve a poner en manos de la profesión médica con la ventaja de que las decisiones se pueden discutir sobre una base médica, pero con la desventaja de que los médicos son con frecuencia reacios a sancionar a sus colegas.

Medicamentos

En el área de los productos farmacéuticos, las medidas directas han sido bastante limitadas, con solo unos pocos países que han nacionalizado o nacionalizado parcialmente

(Suecia) la industria farmacéutica. Otros han regulado los beneficios (Reino Unido), o los precios (Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo). En Canadá y Estados Unidos, se ha hecho una concesión para la sustitución de medicamentos de receta hecha por farmacéuticos por sustitutos genéricos; Canadá ha reducido también la longitud de las leyes de patentes, esperando la importación de sustitutos o componentes de medicamentos menos caros.

Medidas en el aspecto del Suministro mediante Financiación

Ésta es quizá el área en la que ha habido más innovación en la reciente política de sanidad. De nuevo, los que elaboran la política han confiado en lo que es cierto y han empezado a establecer los límites en el gasto sanitario total o en partes del gasto de sanidad, dejando a elección de los administradores la distribución de los recursos. El caso más simple es obviamente el británico, donde el presupuesto del gobierno para el Servicio de Sanidad Nacional limita el gasto público y donde los gastos de sanidad totales suponen el 5,9% del PIB en 1984, comparado con la media de la OCDE de un 7,2% (10,7% del PIB en los Estados Unidos)

Hospitales

La idea de un presupuesto fijo para los hospitales se ha puesto en práctica en Canadá, Francia, Holanda. En vez de reembolsar a los hospitales por paciente y di a este sistema de segura abona anualmente un presupuesto determinado con anterioridad, al que se le hacen ajustes durante el curso del año. En los Estados Unidos se utiliza un concepto similar (Grupos Afines de Diagnóstico o GAD) para los pacientes asegurados públicamente, pero el caso es la reducción en el pago no el presupuesto mensual. Los hospitales reciben una cuota fija por cada caso, basada en la extensión media de las estancias hospitalarias y, de esta manera, tienen un incentivo para dar antes de alta a los

pacientes. Como con cualquier capitación o sistema de presupuesto, se pueden controlar los costes, pero se crean incentivos para la transferencia de pacientes a otras instalaciones y para las reducciones en los servicios. Además, existe el problema de evaluar los hospitales en términos médicos más que su capacidad para cumplir el presupuesto. Así, estos deben estar ligados a controles médicos sobre la calidad del servicio. Una dificultad para hacer el presupuesto global anticipado ha sido el alto coste del personal, que los hospitales no pueden controlar y, por lo tanto, deben con frecuencia reducirlo. Este tipo de techo de presuuesta reduce efectivamente los costes, pero no aumenta necesariamente la eficiencia de los servicios. En algunos casos, sin embargo, la toma de decisión dentro de los hospitales se ha cambiado, permitiendo una consideración más explícita de las demandas en competencia de los recursos y una mayor aceptación de la consolidación de los servicios. Abel - Smith (1984) sostiene que cuando mejor funciona el sistema de presupuestos es cuando los hospitales pueden ahorrar al menos parte del excedente; cuando no incurren en déficits; cuando el presupuesto del próximo año se determina por criterios objetivos; cuando el personal médico participa en la elaboración del presupuesto; cuando se dan incentivos para la reducción de costes (p. ej. el dinero ahorrado en medicamentos se puede utilizar para la compra de equipo médico); cuando el mismo presupuesto cubre tanto la asistencia de pacientes internos como externos permitiendo una mejor sustitución (más que la típica respuesta de los hospitales enviando pacientes a departamentos de pacientes externos donde se les cobrará con arreglo a un presupuesto diferente).

Médicos

Las restricciones financieras en la remuneración de los médicos han tomado diversas formas. La medida más drástica ha sido la utilización del salario o remuneración por

persona en lugar del tipo de remuneración de honorario por acto médico. El salario o capitación crea algún incentivo para la transferencia de pacientes a otras instituciones (p. ej. de los médicos de medicina general británicos a los especialistas de hospital), o para una intervención médica menor. La línea divisoria entre la falta de estímulo para la administración de servicios innecesarios y la administración de un servicio ineficiente es una línea muy fina. En los sistemas en los que los médicos combinan la práctica asalariada con la privada, como en Suecia antes de 1970 y en Francia, ha existido una preocupación acerca de la división del tiempo de los médicos entre las prácticas pública y privada. Los controles sobre los honorarios de los médicos puede conducir a aumentos en el número de servicios realizados; este no es el caso cuando los médicos establecen sus propios honorarios. Algunas provincias de Canadá y el sistema alemán estipulan la negociación de una cantidad total a pagar a los médicos del seguro, que se divide de acuerdo con el número de servicios realizados. Las políticas gubernamentales han considerado también los valores relativos de los baremos de honorarios, bajando el valor de las intervenciones de alta tecnología en relación a las que requieren más tiempo por parte de los médicos. En general, los baremos de honorarios por tiempo más simples hacen más difícil a los médicos el aumentar sus facturas realizando servicios adicionales

Medicamentos

En el área de los productos farmacéuticos, muchos gobiernos han restringido el reembolso del seguro a listas específicas de medicamentos, o bien proporcionando listas "positivas" de medicamentos que serán reembolsados, o listas "negativas" de los que no serán reembolsados. Algunos países han regulado la publicidad de medicamentos limitando lo que se puede considerar como coste para cumplir los límites del beneficio. Hasta ahora, no ha habido ningún límite global en

el presupuesto para productos farmacéuticos (excepto un límite recomendado en Alemania). Parece haber una relación entre las remuneraciones por el sistema de honorario por servicio y la prescripción de medicamentos, pero puede tratarse también de efectos culturales, con Alemania, Italia y Francia que muestran tradicionalmente altos índices de prescripción.

Seguro

Varios países han actuado también para poner un límite a la cantidad total gastada en seguro sanitario, como Canadá, donde la contribución federal total para el seguro sanitario está ligada al crecimiento del PNB y se distribuye sobre la base de las poblaciones provinciales. También se pueden utilizar las negociaciones para este fin, como en Alemania, donde los fondos de la seguridad social, las organizaciones de médicos, los hospitales los gobiernos provinciales, los empresarios y los sindicatos recomiendan la limitación en los presupuestos del seguro sanitario. En cualquier sistema de seguridad social basado en contribuciones por nómina de personal establecidas a nivel nacional, habrá al menos alguna negociación implícita entre los sindicatos, empresarios, los fondos de enfermedad y el gobierno acerca de los aumentos en estas contribuciones (p. ej. Francia, Suecia) pero esto no limita necesariamente los aumentos.

Englobalización del Servicio

No se han utilizado mecanismos financieros solamente para crear sobres globales sobre los gastos, sino también para poner diferentes servicios juntos, bajo el mismo sobre financiero. Esto concierne a la combinación de servicios de pacientes internos y externos en el mismo presupuesto, así como a la combinación de servicios sociales y de bienestar. Esto ayuda a superar desincentivos financieros para la sustitución de asistencia de coste bajo por asistencia de

coste más alto. Dado que en muchos países la asistencia hospitalaria era gratis, mientras que la asistencia a los pacientes externos la pagaba el paciente y se le reembolsaba, existía un incentivo negativo para la utilización de los servicios hospitalarios. Suecia eliminó el sistema de reembolso para la asistencia de pacientes externos y aumentó el coste por paciente de la asistencia a pacientes internos en 1970. La propuesta Dekker en Holanda aboga por un solo presupuesto para sanidad y servicios sociales. Los centros sanitarios locales de Quebec están intentando crear una solución multidisciplinaria para sanidad y bienestar, pero su expansión ha sido limitada. El intento en Francia para reemplazar el sistema de servicios hospitalarios bajo la autoridad de un jefe médico por departamentos definidos más ampliamente es un intento de envolver diferentes jurisdicciones médicas para crear una unidad más apropiada para las clases de discusiones necesarias a fin de realizar presupuestos globales. La englobalización del presupuesto es también un medio de superar barreras institucionales a la sustitución, tales como la administración separada de hospitales y de residencias de ancianos. La reorganización del Servicio de Sanidad nacional en 1974 fue un intento para incluir más cirugía de día, hospitales de día, residencias para convalecientes y diagnóstica de pacientes externos.

Al mismo tiempo, existe un interés en alguna separación de los servicios, especialmente en separar las funciones médicas de las no médicas de los hospitales. Aquí se podría mencionar el énfasis sobre ofertas competitivas para servicios como la lavandería, defendidas por el informe British Griffiths. Algunos hospitales de Estados Unidos han añadido instalaciones hoteleras conectadas, que permiten que los pacientes sean llevados de las camas de hospital de alto coste al hotel (o en algunos casos apartamentos adjuntos). En Alemania, los pacientes tienen que pagar por la parte de "hotel" de la asistencia hospitalaria; en Canadá, ésta es la

única zona del hospital donde está permitido cobrar al usuario; en Francia, esto es parte de la justificación para los cobros diarios en los hospitales introducidos recientemente. Mientras el concepto de un cobro de "hotel" proporciona una razón lógica para introducir cobras a los pacientes en un sistema en que los cobros por asistencia médica están muy controvertidos políticamente, esto no añade realmente un elemento de mercado ya que el paciente no puede elegir normalmente ir a un hospital con costes de hotel más baratas, ni decidir estar en una acomodación más barata durante parte de su tratamiento. Tanto la combinación de servicios más amplios en un único presupuesto como la separación de funciones en un presupuesto existente son intentos que permiten el control de los costes e incentivos financieros para conseguir un ahorro sin detrimento de la calidad médica.

Medidas de Demanda

El hecho de que los pacientes compartan los costes se ha incrementado en muchos países con la esperanza de que disminuirá la utilización y hará que los pacientes se den más cuenta del coste actual de los servicios médicos. Existen dos problemas con este método. En primer lugar, si el cobro deducible o de honorario fijo no se establece a un nivel alto, no desalentará su utilización. Si es alto, por otra parte, puede desalentar su utilización, especialmente por parte de los pacientes de renta baja, lo cual no es solo injusto sino que puede impedir la asistencia preventiva, originando pérdida de salud y costes incrementados. En segundo lugar, con un 5% de pacientes responsables del 50% de los costes de asistencia, no está claro que estos cargos afecten a un componente importante de los costes de la sanidad (OCDE 1987).

Una segunda forma de compartir el coste es más individual y se apoya en la asunción del propio riesgo por parte del asegurado, Los pacientes pueden reducir sus costes

de seguro participando más en los gastos y tendrían en teoría más cuidado a la hora de utilizar los servicios médicos. Las compañías de seguros de Estados Unidos han reducido costes apoyándose también en incentivos positivos, como la reducción de primas a los no fumadores o a personas aseguradas o incluso pagando la pertenencia a instalaciones para hacer ejercicio (algunos empresarios lo proporcionan directamente). Sin embargo, el propio riesgo provoca desigualdades entre los sanos y los enfermos crónicos y en la medida en que los aseguradores puedan beneficiarse de tales reducciones en los costes, crean incentivos para la selección de riesgos. Los empresarios de Estados Unidos han descubierto también que pueden reducir las cargas sociales del empresario permitiendo a los empleados elegir la cobertura que deseen, no solo entre planes sanitarios diferentes sino también entre sanidad y otros beneficios, como asistencia de día, pensiones, etc. Puede que no sea necesario que toda la población reciba la misma cobertura, pero esto constituye una renuncia a la extensión de la solidaridad en el riesgo y social que es la base de la seguridad social. La globalización del presupuesto de los programas de sanidad y bienestar puede ser un camino para lograr que se trate la relativa importancia de las diferentes formas de protección social a un nivel colectiva más que individual.

Competencia

Se ha tratado también crecientemente acerca de la reducción de la demanda de servicios, de su precio o de su calidad, creando una competencia entre agentes de seguros (Holanda, Dekker 1988), hospitales (Suecia, Saltman y von Otter 1987), y formas alternativas de administración de la sanidad como Organizaciones Médicas de la Sanidad (Estados Unidos y Gran Bretaña, Enthoven 1989). La ventaja de tal competencia es que hace que los administradores y financieros de la sanidad sean más sensibles hacia los

consumidores. El sistema competitivo puede permitir más innovación e iniciativas a un nivel descentralizado. La desventaja es que puede suponer la selección de riesgos y, por lo tanto una pérdida de protección social para el enfermo, duplicación de los servicios e incluso un aumento en los costes. Como el consumidor no puede juzgar el servicio recibido, la competencia no suele establecerse en la calidad, pero sí frecuentemente en los precios, comodidades e incluso marketing.

Evaluación

Hay un reconocimiento creciente de que para todos los recursos que van a parar a la sanidad, existe una grave carencia de métodos para evaluar el tratamiento médico. La OCDE (1987) señala que Suecia es uno de los pocos países con procedimientos para evaluar tecnologías médicas, mientras que solo los Estados Unidos, Japón y Canadá tienen procedimientos sistemáticos para evaluar aparatos; la mayoría de los países limitan sus actividades a la evaluación de medicamentos (capítulo 8). Evans (1982) sugiere que Canadá, con uno de los sistemas más efectivos de evaluaciones informatizadas de facturas médicas, podría poner esta información en uso no solo para evaluar los costes sino para evaluar la calidad y la efectividad del tratamiento médica.

CANADÁ

Visión general

En Canadá, la intervención del gobierno en sanidad se ha centrado en la financiación de la asistencia sanitaria. El control financiero se ha utilizado con efectividad, sin embargo, para extender la cobertura del seguro sanitario a toda la población, para conseguir la planificación de la sanidad y para controlar los honorarios médicos. El gobierno federal financia la mitad de los costes de los programas del seguro sanitario provincial y establece amplias normas para estos programas, pero los gobiernos provinciales legislan sus propios planes de seguro sanitario y son los responsables de la planificación de la sanidad y de las negociaciones de los honorarios. El seguro sanitario se ha extendido gradualmente mediante los esfuerzos de los gobiernos federal y provincial, mientras que la propiedad y la práctica médica privada de los hospitales se han dejado intactas. De esta manera, el sistema consiste en un seguro pública universal (o de "pagos de monopolio") más que en un servicio de sanidad nacional.

Roger G. Evans, un defensor del sistema canadiense, señala que aunque los sistemas de administración de la sanidad de Estados Unidos y de Canadá son sumamente similares --con hospitales voluntarios privados y médicos que practican sobre una base privada de honorario por acto médico-- los costes del seguro sanitario canadiense se han mantenido bajos a partir de la introducción de Medicare (el programa de seguro sanitario nacional), mientras que los de Estados Unidos se han elevado notablemente. En 1971, los dos países gastaron una cantidad similar en seguro sanitario (un 7,4% y un 7,6% de la renta nacional para Canadá y los Estados Unidos respectivamente), pero en 1981 hubo una considerable diferencia (7,7% y 9,2%). Como resultado de la recesión de 1982, el porcentaje relativo de la sanidad con respecto a la renta nacional se elevó fuertemente en las dos naciones, pero en Canadá los gastos de sanidad permanecieron

en un 8.6% de 1982 a 1987, mientras que en los Estados Unidos se incrementaron de un 10,2% a más de un 11%. Además, este control del coste se consiguió en Canadá sin ninguna interferencia directa en la manera de ejercer la medicina de los médicos, por lo que se protegía la autonomía profesional.

Seguro sanitario

El seguro sanitaria canadiense se ha desarrollada por etapas. Después de la Primera Guerra Mundial, algunos gobiernos provinciales, especialmente Saskatchewan y Newfoundland, empezaron a financiar servicios hospitalarios y de consultas médicas mediante gobiernos locales. Entre 1935 y 1946, el seguro sanitario provincial se legisló en Alberta, Columbia Británica y Saskatchewan, pero se abandonó como resultado de la oposición política por parte de los médicos (así como de los que apoyaban sus negocios) y también a causa de presiones económicas y de cambios en los gobiernos provinciales. En 1945 el gobierno federal propuso un seguro sanitario nacional patrocinado federalmente a la Conferencia Dominio-Provincial sobre Reconstrucción. Estas negociaciones se tambalearon acerca de la cuestión de las relaciones de los impuestos Federales-Provinciales. En 1947, el gobierno socialista de la Federación Cooperativa de la Commonwealth en Saskatchewan introdujo el seguro hospitalario obligatorio para todos los residentes. Dos años más tarde, siguieron Columbia Británica y Alberta. Al mismo tiempo, la cobertura del seguro sanitario se extendió por medio de las planes del seguro hospitalario de la Cruz Azul comenzados por asociaciones hospitalarias provinciales, planes de seguro médico patrocinado por médicos (muchos de ellos conocidas como Planes Médicos Trans-Canadá) y por programas provinciales para asistencia médica gratuita para los receptores de beneficencia (que tenían sus orígenes en la Depresión). El éxito de los planes del seguro hospitalario provinciales, así como el reconocimiento de

demandas crecientes de subvenciones hospitalarias y la falta de cobertura del seguro en ciertas áreas (p. ej. un tercio de la población de Ontario carecía de cobertura) proporcionó el ímpetu para el primer programa federal, el seguro hospitalario y la Ley de Servicios de Diagnóstico de 1957. Por esta ley, el gobierno federal financió el 50% de los costes de los planes del seguro sanitario provincial que cumplieran las condiciones de cobertura universal y provisión de un mínimo de beneficios. Cuando empezó el programa, cinco provincias pudieran beneficiarse de los subsidios federales; en 1961 todas las provincias habían introducido programas de seguro hospitalario.

Un ciclo similar comenzó en 1961, cuando Saskatchewan introdujo el seguro médico obligatorio universal, a pesar de la huelga de los médicos. Otras diversas provincias (Alberta, Columbia Británica, Newfoundland y Ontario) introdujeron planes de seguro médico pero estos cubrían generalmente solo partes de la población. Algunas se apoyaron en agentes de seguros ya existentes, otras añadieron agentes del gobierno a los que ya existían. Estos planes se dirigían a aquellos que no estaban aun cubiertos por un seguro privado y voluntario y todos subvencionaban las primas de personas con renta baja. Esperando recuperar sus pérdidas electorales de 1957, el partido Liberal Nacional se comprometió en 1961 a desarrollar el programa Medicare. Presionada por la Asociación Médica Canadiense, el gobierno Conservador Progresista designó una Comisión Real para la Administración de Servicios Sanitarios que, inesperadamente, recomendó un seguro sanitario nacional Federal-Provincial según las líneas de la propuesta Liberal. En 1966, el gobierno federal aprobó la Ley de Asistencia Médica (Medicare), que estipulaba el reembolso federal de un 50% para los costes del seguro de asistencia médica provincial. En 1971, todas las provincias canadienses habían introducido el seguro de asistencia médica, a pesar de la

resistencia inicial a la Ley de 1966 por parte de varias provincias que pretextaban que la ley interfería con la autonomía provincial y por parte tanto de la Asociación Médica Canadiense como de las asociaciones médicas provinciales. Los mayores conflictos surgieron en Quebec, donde el gobierno provincial se opuso al plan federal y donde la Federación de Especialistas Médicos se puso en huelga para oponerse a la eventual ley provincial.

El sistema de 1966

Por las leyes de 1957 y 1966, los gobiernos provinciales recibieron un reembolso federal del cincuenta por ciento para los costes de los programas del seguro sanitario provincial que cumplieran las condiciones de cobertura amplia, universalidad, administración pública sobre una base de no obtención de beneficios y portabilidad de los servicios (se proporcionan más detalles en la descripción de la legislación actual, la Ley de Sanidad de Canadá, más adelante). Las provincias podían apoyarse en los agentes del seguro sanitario sin beneficios ya existentes, la mayoría de los cuales pertenecían a los Planes Médicos Trans-Canadá patrocinados por médicos, en las que se había inscrito más del 25% de la población a principios de los años 60, una cantidad comparable a la de las compañías de seguros privadas (Naylor 1986). La remuneración de los médicos se dejó a criterio de las provincias pero, mientras existían algunas formas de práctica asalariada, a la gran mayoría de los médicos se les pagaba (y se les paga) por acto médico, directamente por el plan del seguro. Los honorarios se basaban en los baremos de honorarios de las asociaciones médicas provinciales. Sin embargo, continuando una práctica de los planes patrocinados por médicos (que empezó para que estos planes compitieran con más efectividad con las compañías privadas), los gobiernos provinciales pagaban a los médicos sólo un porcentaje de sus honorarios completos. Los gobiernos provinciales negociaron con las

asociaciones médicas provinciales a fin de determinar esta proporción o la cantidad absoluta como opuesta al valor relativo de los honorarios. Se permitió a los médicos el "optar por permanecer al margen" de los planes provinciales y de esta manera cobrar los honorarios completos, pero bajo diferentes condiciones en diferentes provincias. En Quebec, los pacientes de dichos médicos no recibirían ninguna cobertura del plan del seguro provincial; en Ontario, los pacientes pagarían los honorarios completos al médico, recibiendo más tarde el reembolso procedente del seguro provincial para los honorarios reducidos pero no para la cantidad extra; en Alberta, el paciente pagaba al médico solo la parte extra de los honorarios y el plan provincial le pagaba directamente los honorarios reducidos.

En 1985, el 90% de los médicos participaron en su plan provincial y aceptaron el pago del plan como un pago completo (H&W 1985); se pagó al 90% de los médicos por acto médico. Algunas provincias (Alberta y con limitaciones) permitieron que los pacientes pudieran mantenerse al margen del sistema del seguro. Los aseguradores privados cubrían beneficios que no proporcionaban los planes provinciales, como la hospitalización en habitaciones privadas o semiprivadas, asistencia dental y productos farmacéuticos. Sin embargo, la cobertura provincial para la asistencia dental y los medicamentos se ha ampliado. En 1972, el 30% de las familias consultadas en áreas urbanas informaron que pagaban un seguro privado suplementario. Sin embargo esto no incluye los planes del empresario. Una prospección de al menos 2000 empleados mostró que el 24% estaba cubierto por un plan financiado en su totalidad por su empresario, un adicional 42% estaba cubierto por planes financiados parcialmente por su empresario (Soderstrom 1978: 156).

De manera similar, esta legislación dejó el sistema preexistente de hospitales intacto. En 1985, el 95% de las camas hospitalarias pertenecían y eran gestionadas por agencias voluntarias, incluyendo instituciones religiosas.

Pero como sus fondos son casi exclusivamente públicos, se les conoce como hospitales "públicos". (Rodwin 1984 observa que en Quebec muchos hospitales religiosos dejaron de recibir contribuciones privadas y subvenciones públicas cuando se introdujo la legislación del seguro sanitario. Cuando sus deudas fueron asumidas por el gobierno provincial, se convirtieron en instituciones públicas). Desde principios de los años 70, la mayoría de los costes de funcionamiento de los hospitales se han cubierto por presupuestos globales anticipados, determinados por los gobiernos provinciales. Los costes de los equipos más importantes se financian sobre una base de proyecto a proyecto, con gradas variables de financiación, mediante subvenciones procedentes de los gobiernos provinciales.

Cambios

Desde 1966, el gobierno federal ha introducido dos cambios importantes en el sistema. En 1977, la Ley de Disposiciones Fiscales Federales-Provinciales y de Educación Post-Secundaria Federal y de Contribuciones Sanitarias cambió el método de financiación Federal de un reembolso del 50% de los gastos de los planes provinciales de cualificación a un sistema de "subvenciones en bloque". La contribución federal asignó con cargo al PNB y se transfirió en forma de puntos de impuestos y pagos al contado (ver más adelante). Además, se añadió una contribución al contado igual per cápita para los costes de servicios de asistencia sanitaria "ampliadas", tales como clínicas de reposo, asistencia en residencias de adultos, asistencia a domicilio y servicios sanitarios en ambulatorios. La legislación tenía por objeto reducir los gastos de sanidad y proporcionar una distribución más equitativa de los fondos federales a las provincias.

Estos cambios en la financiación, junto con otros factores coincidentes, provocaron una "crisis en Medicare". Con el abandono del reembolso, el gobierno federal dejó de

vigilar las facturas del seguro sanitario procedentes de las provincias. Muchas provincias redujeron sus presupuestos sanitarios y empezaron a pagar menos del 50% de los costes de sus planes. Al mismo tiempo, los controles federales de salarios y precios disminuyeron o incluso detuvieron los aumentos en el baremo de honorarios de los médicos. En respuesta, muchos hospitales provinciales empezaron a introducir honorarios de usuario a los pacientes y muchos médicos comenzaron a optar por permanecer al margen del seguro, presentando facturas extra a sus pacientes por la parte de sus honorarios no cubierta por el seguro médico provincial. (En 1979, el 18% de los médicos de Ontario había abandonado el seguro; en Alberta, la mitad de los médicos pasaban facturas extra, Begin 1988). Los médicos acusaron al gobierno de "no proveer con suficientes fondos" al sistema médico y adujeran que las facturas extra añadirían recursos al sistema y más responsabilidad por parte de los consumidores. El Informe Hall de 1980, encargado por el gobierno, criticó los cobros al usuario y las facturas extra como una amenaza al acceso universal al sistema sanitario y propuso una arbitración obligatoria como una solución para resolver las disputas entre los gobiernos provinciales y las asociaciones médicas provinciales sobre los baremos de honorarios. A pesar de la oposición de los gobiernos provinciales y de las asociaciones médicas provinciales, la Ley de Sanidad de Canadá resultante se aprobó en 1984. Monique Begin describe la estrategia del partido Liberal de presentación de la ley como un test del apoyo de los partidos políticos a Medicare y la utilización de los sondeos de la opinión pública, que mostraron un apoyo apabullante al programa, como un medio para presionar la aprobación de la ley. A pesar de que los Conservadores-Progresistas argumentaron en contra de la eliminación de la facturación extra en el comité, en el parlamento votaron unánimemente por la ley. (1988; véase también Inglehart 1986: 207)

La Ley de Sanidad de Canadá

Por esta ley, se conceden las contribuciones federales a los planes provinciales que satisfacen cinco criterios: administración pública, extensión, universalidad, portabilidad y accesibilidad. Los planes del seguro sanitario se deben administrar y operar sobre una base de no obtención de beneficios, por medio de una autoridad pública, responsable ante el gobierno provincial y sujeta a auditoría de su contabilidad y de sus transacciones financieras. Se pueden utilizar agencias no gubernamentales y en algunas provincias todavía existen, pero la mayoría de las provincias ha prescindido de intermediarios financieros tales como el antiguo TOMP's a fin de reducir costes administrativas. El requisito de extensión se refiere a los beneficios prestados. Todos los planes deben cubrir todos los servicios sanitarios "asegurados", que incluyen todos los tratamientos necesarios médicamente de hospitales, médicos y cirugía dental que requieran un hospital para su adecuada realización. La asistencia dental y los medicamentos no se consideran beneficios requeridos. Un ciento por ciento de las personas aseguradas de una provincia deben tener derecho a los servicios sanitarios proporcionados por el plan en términos y condiciones de igualdad. (Para prevenir que las compañías de seguros privadas compitan con los planes provinciales y de esta manera reducir gradualmente los mayores riesgos, el noventa y cinco por ciento de los residentes deben estar cubiertos por el plan, según la legislación de 1966). Cualquier periodo de espera de los beneficios no deba exceder los 3 meses. La portabilidad cubre a los asegurados si se trasladan a otra provincia, visitan una provincia diferente o un país extranjero. Para servicios en el extranjero, el plan cubre las tarifas que se pagarían en una provincia nacional; para un tratamiento electivo, se necesita una aprobación previa por parte de la provincia. La accesibilidad obliga a los planes provinciales a proporcionar acceso a los servicios en

términos de igualdad y a no obstaculizar dicho acceso por cobros u otras medias. El plan debe proporcionar una "compensación razonable" a los médicos y dentistas, así como remuneraciones adecuadas a los hospitales.

Los principales cambios introducidos por la Ley de Sanidad de Canadá consisten en una clarificación de los criterios para los planes provinciales y la provisión de una penalización más clara a la facturación extra y a los cobros al usuario (accesibilidad). (El plan federal no reembolsó nunca estos cobros en ningún caso, pero se dedujeron antes del desembolso). Cualquier provincia que consintiera los cobros al usuario o que permitiera la facturación extra está sujeta a una reducción obligatoria en la contribución federal que equivale exactamente a las cantidades pagadas por los pacientes. Estas multas han sido sustanciales, (véase el cuadro en el Apéndice). Como incentivo para las provincias, si estos cobros se eliminaran en el transcurso de tres años a partir de la aplicación de la Ley (en Abril de 1987), la cantidad total deducida se devolverá a la provincia. Todas las provincias han cumplido en la actualidad este requisito. Para Ontario, cuya legislación provocó una huelga de médicos, la eliminación de la facturación extra supuso un devolución de 106 millones de dólares canadienses. Así, este instrumento fiscal ha dado como resultado rápidamente unos estándares nacionales uniformes, como en las introducciones iniciales del seguro hospitalario y del seguro médico. Además, los cobros por facturas extra son muy impopulares con el público, mientras que el programa Medicare ha demostrado ser sumamente popular en encuesta tras encuesta, de tal manera que el público ha servido de contrapeso a las presiones procedentes de la profesión médica.

Las contribuciones federales se basan en una mezcla de puntos de Impuestos y de contribuciones al contado. Las provincias tienen derecho a igualar las contribuciones sanitarias federales per cápita que están asignadas con

cargo al PNB. La media nacional per cápita de 1975-6 de las contribuciones federales a los hospitales provinciales y a los planes del seguro médico se ha incrementado con relación al crecimiento del PNB (anualmente en aumento por la renta media variable compuesta de 3 años de crecimiento del PNB nominal per cápita menos dos puntos porcentuales) y el valor entonces se multiplica por la población en una provincia particular para determinar qué cantidad le corresponde. Desde 1977, el gobierno federal ha transferido un total de 13,5 puntos del impuesto sobre la renta personal y 1 punto del impuesto sobre la renta corporativo a todas las provincias en apoyo de la educación post-secundaria y de la sanidad. Dos tercios de esta asignación se destinan a sanidad. El gobierno federal sustrae esta cantidad de lo que corresponde a la provincia y paga la diferencia restante como una contribución al contado. Además, desde 1977-8, el gobierno ha pagado 20 dólares canadienses adicionales per cápita (desde que se incrementó para la misma cifra de crecimiento del PNB) a fin de apoyar la extensión de los servicios sanitarios.

Además de la financiación del seguro sanitario, el gobierno federal proporciona algo más por medio del Plan de Asistencia de Canadá, que suministra los fondos para la mitad del coste de los amplios planes de bienestar provinciales e incluye el coste de la asistencia sanitaria no cubierta por otros programas para los que lo necesitan. Anteriormente, el gobierno federal ha proporcionado fondos durante periodos limitados (el Programa de Subvenciones de la Sanidad Nacional de 1948, que duró hasta principios de los años 70, y por medio del Fondo de Recursos de sanidad de 1966, cuya finalización en 1979 ayudó a precipitar el debate sobre el Medicare).

Costes

Los costes totales de la sanidad para 1985 se estimaron en 12 billones de dólares canadienses para el gobierno federal;

17 billones para los gobiernos provinciales; 0,7 billones para las municipalidades. En 1984, los gastos de sanidad ascendieron al 8,5% del PNB (OCDE 1987: 11). Los costes administrativos han descendido de un nivel de un 10 a un 50% de las primas privadas a un nivel tan bajo como un 3% después de la aprobación de la ley. (Evans 1982).

Distribución

Aunque son insuficientes los estudios que existen sobre la relación entre los factores socio-económicos y el acceso a la sanidad en Canadá, hay alguna evidencia de que el acceso ha mejorado y de que su utilización es mayor para grupos de renta baja (Evans 1982: 375; Iglehart 1986b). De todas maneras, un artículo de 1984 de Guy Rivard, el Ministro de Asuntos Sociales diputado por el Partido Quebecois señaló una diferencia de tres años en las expectativas de vida entre el norte y el sur de Quebec (Palley 1987). En 1974, el número de personas por médico variaba considerablemente entre las provincias: 578 personas por médico en Ontario, 581 en Quebec, 729 en Saskatchewan, 1035 en la isla de Prince Edward (Soderstrom 1978: 105). Sin embargo, la utilización de cifras muestra que el uso de los servicios médicos varía considerablemente menos que el número de médicos, lo que indica un acceso más equitativo (Iglehart 1986c). El cambio de 1977 en las contribuciones federales, del reembolso de los gastos a la contribución per cápita, supuso un esfuerzo para igualar la distribución de la financiación con mayor equidad (más que beneficiar a las áreas urbanas con grandes recursos y alta utilización). Este cambio es similar a los experimentados en el sistema de los gobiernos británico y sueco para la asignación de los fondos nacionales a las regiones, basados en la población y, en Gran Bretaña, también en factores como la edad y la mortalidad.

Han tenido lugar a nivel provincial esfuerzos más directos que afectan a la distribución de los médicos. En

Quebec, los médicos que empezaban a practicar en áreas urbanas ganaban sólo un 70% de los honorarios facturados. En áreas en las que son necesarios médicos adicionales reciben el 100%; en áreas aisladas o remotas reciben un 120%. Este sistema ha mejorado la distribución de los médicos de medicina general, pero no la de los especialistas. En Abril de 1986, el gobierno de Quebec autorizó a sus ministros de sanidad y de educación para obligar a todos los médicos que empezaban sus prácticas de especialistas a practicar en determinadas áreas durante 4 años. A esta medida se han opuesto fuertemente las federaciones médicas de Quebec. Columbia Británica tiene la relación más alta de médicos por población en Canadá y ha intentado controlar el número de médicos y su distribución regional no permitiendo a los médicos pertenecer al plan sanitario para realizar servicios sin un número de pertenencia. Sin embargo, este sistema fue derrotado ante los tribunales. Ontario y Manitoba utilizan becas libres de impuestos como incentivo para estimular a los jóvenes médicos a establecer sus consultas en áreas poco atendidas. Manitoba incluye programas de trabajo de verano para introducir a los estudiantes de medicina, internos y residentes, en la práctica rural, así como la conmutación de algunos préstamos a estudiantes a cambio de 4 años de prácticas en áreas remotas.

Cantidad de médicos

Algunas provincias han reducido el número de matrículas en las escuelas médicas y han restringido el número de puestos de residentes en hospitales. El Comité Consultor Federal/Provincial sobre Sanidad y Recursos Humanos ha informado que existe un excedente de médicos y ha recomendado mayores restricciones en los médicos extranjeros, una reducción de un 20% en puestos de residentes en prácticas, de un 17% en las matrículas del primer año en las escuelas médicas y el desarrollo de medidas más efectivas para la distribución de médicos por

especialidades y por áreas geográficas. La profesión médica discrepa y apoya solo las restricciones en médicos extranjeros. En 1985, los graduados en escuelas médicas extranjeras suponían un 28,4% de los médicos activos en Canadá. Las medidas de inmigración anteriores se han limitado a un fin, a puntos de preferencia basados, en esta profesión, a solicitantes de inmigración y al requisito de que los médicos inmigrantes firmen una declaración de que entienden que la inmigración no implica una garantía de poder ejercer la práctica de la medicina. (Iglehart 1986c).

Controles en los honorarios

Los baremos de honorarios se establecen por las asociaciones médicas provinciales que negocian con los gobiernos provinciales el porcentaje de reembolso que se hará a los médicos por dichos honorarios. Cuando los baremos de honorarios se mantuvieron constantes durante los años 70, los médicos respondieron con facturas extra (como ya se ha indicado) y aumentando los servicios facturados. En Quebec, la respuesta gubernamental fue en primer lugar el unir varios servicios separados en un único cobro equivalente a una visita a la consulta, reduciendo de esta manera la capacidad de los médicos de compensar los honorarios con servicios extra. Además, existen techos en las facturaciones extrañamente voluminosas de médicos individuales, superado el cual sólo se reembolsa el 25% de los honorarios. Para la profesión en su conjunto los incrementos negociados en los honorarios se llevan a la práctica por etapas, condicionados a un índice de crecimiento en uso; si la costumbre aumenta más deprisa que un determinado porcentaje, los aumentos de los honorarios siguientes se reducen. Desde 1985, Columbia Británica, Alberta, Saskatchewan, Manitoba y Ontario han negociado contratos que establecen límites sobre las facturaciones agregadas.

Presupuestos globales

Los presupuestos globales anticipados, experimentados por primera vez en Quebec, se han introducido ya en todas las provincias. Al principio, la puesta en práctica de los presupuestos globales anticipados resultó difícil porque los hospitales seguían incurriendo en déficits. En Quebec, el gobierno provincial empezó a hacer cumplir los límites del presupuesto permitiendo a los hospitales que tuviesen un excedente el quedarse una parte de dicho excedente (pero con un presupuesto más bajo para el año siguiente) y los que fuesen deficitarios tenían que hacer un plan de presupuesto. El sistema de presupuesto global indica sólo los hospitales que cumplen los presupuestos, no los que son más efectivos y eficientes en el cumplimiento de los servicios. Como consecuencia, los presupuestos se han establecido para grupos comparativos de hospitales (Rodwin 1984). Un segundo problema con el sistema de presupuestos globales es que los hospitales no pueden controlar los costes del personal sindicalizado (80% de los costes del hospital) y han recurrido a la reducción de mano de obra para cumplir los presupuestos (Evans 1982).

Se han desarrollado pocas formas alternativas de asistencia. Las Organizaciones Médicas de Sanidad no pueden competir en base a los precios, ya que el seguro se paga a través de los impuestos. Los estudios del gobierno muestran poca confianza en la eficiencia de la utilización de hospitales privados que obtienen beneficios.* Los esfuerzos

* Planificadores de Sanidad Asociados de Winnipeg. Gestión por Contrato Privado: un estudio para el Ministerio Federal de Sanidad y Bienestar, Canadá, Ottawa, Ont.: Departamento de Sanidad y Bienestar, 1985. Stoddart GL, Labelle RJ. Privatización en el sistema de sanidad canadiense: afirmaciones, evidencia, ideología y opciones. Ottawa, Ont.: Departamento de Sanidad y Bienestar, Canadá 1985, citado en Iglehart (1986b: 784).

más sobresalientes para el desarrollo de formas alternativas de asistencia (aparte de los esfuerzos de antes de la guerra, como los planes municipales de sanidad de Saskatchewan o el Sistema de Hospital Casa de Campo de Newfoundland) han tenido lugar en Quebec.

Quebec

El sistema de Quebec de planificación de la sanidad ha sido objeto de atención internacional. Creando el plan de seguro sanitario provincial, el gobierno basó su política en los informes innovadores de la Comisión Castonguay-Nepveu (1967-1970) --que abogaba por una sanidad integrada en una estrategia general de cambio social, utilizando la planificación de la ampliación del panorama de la asistencia médica para incluir las reformas de los servicios de bienestar y sociales-- y el informe Lalonde de 1974 --que abogaba por la integración de biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sanidad en un "concepto del campo de la salud"**. Estos informes abogaban por la regionalización de la sanidad, con entidades regionales que fueran responsables de la financiación y con organizaciones de administración responsables de la asignación interna de los recursos presupuestados; "medicina global" o un sector primario fuerte basado en los médicos de medicina general y en los trabajadores sociales formando un equipo multidisciplinario responsable de una cierta población; participación de los consumidores y de los trabajadores, reasentamiento del estatus profesional que quiere la separación de las organizaciones responsables de la ética de las que están involucradas en aspectos económicos. Siguiendo

** M. Lalonde. Una perspectiva nueva en la Sanidad de los canadienses, Ottawa: Gobierno de Canadá, Abril 1984; Informe sobre la Comisión de Examen de la Sanidad y Bienestar Social, Vol.I-VI, Quebec: Gobierno de Quebec, 1967-1971.

estos informes, se han hecho esfuerzos para introducir un sistema de tres niveles: a) centros de sanidad local que proporcionarán asistencia médica integrada y servicios sociales; b) departamentos de sanidad pública, que estarán situados dentro de los hospitales de la comunidad y planificarán la sanidad total de partes determinadas de la población; c) consejos regionales. En la práctica, sin embargo, los resultados han sido limitados. Se han establecido centros de sanidad local, pero su número es limitado, así como la integración prevista de la sanidad y los servicios sociales. Los centros, que pagan a los médicos según una base salarial, son evitados por los médicos; emplean sólo el 6-7% de los médicos de medicina general de Quebec. En respuesta, algunos médicos han establecido consultas en grupo que compiten con ellos. También se establecieron doce consejos regionales, pero ejercen poco poder administrativo, que ha permanecido concentrado en el gobierno provincial (Palley 1987; Rodwin 1984).

HOLANDA

Antecedentes

La sanidad en Holanda se ha desarrollado en gran medida al margen de la intervención gubernamental y se ha caracterizado por el importante papel jugado por el sector privado y las asociaciones voluntarias. El seguro sanitario, los hospitales y las políticas de planificación y de precios están todos marcados por la participación de una diversidad de organizaciones basadas en las típicas divisiones holandesas en católicas, protestantes y afiliaciones no sectarias, por la negociación entre asociaciones y por un importante protagonismo de los administradores de la sanidad y del mercado privado.

La sanidad se administra y se regula por medio de tres tipos de legislación: leyes del seguro sanitario; leyes de los hospitales y de la planificación de los servicios sanitarios; y legislación de precios para los hospitales y servicios sanitarios. Por la Ley del Fondo de Enfermedad de 1967, todos los ciudadanos holandeses deben asegurarse sanitariamente. La Ley Enmendada de Instalaciones Hospitalarias de 1979 y la Ley de Servicios Sanitarios de 1982 establecieron procedimientos de planificación, por los que los gobiernos provinciales, a solicitud del Ministro de Bienestar Social, Sanidad y Asuntos Sociales y, previa consulta con los grupos que representan a los financieros, administradores, empresarios y empleados, deben desarrollar los planes de sanidad. La Ley de Tarifas Sanitarias de 1982 requiere que todas las cuotas y tarifas sean aprobadas por una Organización Central para las Tarifas Sanitarias.

Seguro Sanitario

La intervención del gobierno en áreas que no sean la regulación de la calidad de la asistencia sanitaria es una política relativamente reciente y no se puede comprender el sistema sin hacer referencia a su pasado histórico. Como en otros países, el seguro sanitario fue iniciado por fondos de enfermedad voluntarios, o Ziekenfonds. Muchos de estos fondos estaban ligados a movimientos sociales de carácter bien sindicalista o religioso, pero muchos fueron también fundados por médicos. En un tiempo, los fondos fundados por médicos, los fundados por sindicatos y empresarios y los fundados por organizaciones católicas estaban representados por diferentes asociaciones. Con el tiempo, sin embargo, los fondos de enfermedad se han "secularizado" o se han hecho cada vez más "incolores" y los fondos de enfermedad están ahora representados por una asociación única. El mercado para el seguro privado se protegió mediante ingresos límites para la pertenencia al fondo, asegurando de este modo que aproximadamente del 25 al 30% de la población permanecería en el sector privado. El seguro sanitario obligatorio se introdujo durante la ocupación alemana en 1941. Hasta finales de los años 60 no se añadió la nueva legislación que hacía la cobertura obligatoria más amplia y proporcionaba un seguro estatal para enfermedades de larga duración. En 1976, las diferencias en los costes del seguro privado frente al pública --y especialmente la posibilidad de los pacientes de ingresos altos y generalmente de bajo riesgo de asegurarse a menor precio en el sector privado-- llevó a tratar del seguro sanitaria obligatoria universal, pero estas planes fueron abandonados.

Planificación

El sector hospitalario, a su vez, desarrolló una planificación y unos controles al margen de la planificación gubernamental. En 1950, de 250 hospitales, 37 estaban regidos por el estado, 12 por organizaciones católicas, 43

por organizaciones protestantes y 58 por organizaciones seculares. Durante los años 40 y 50, tuvo lugar una rápida expansión del número de camas hospitalarias, a través de financiación privada y municipal. Los esfuerzos posteriores para canalizar el desarrollo hospitalario se han visto dificultados en alguna medida por la competencia entre hospitales y por la unión de los hospitales sectarios a los partidos confesionales. Sin embargo, como con los fondos de enfermedad, los hospitales también se están volviendo cada vez más "incolores". El primer intento de racionalización del sistema hospitalario, la Ley de Instalaciones Hospitalarias de 1971, estipuló un plan hospitalario nacional y prohibió la construcción de hospitales no incluidos en el plan. Sin embargo, nunca se estableció ningún plan nacional, en parte como resultado de las dificultades de negociación con tantas organizaciones diferentes (Baakman *et al.* 1989).

Un Memorandum de 1984 sobre la Estructura de los Servicios Sanitarios pidió una mayor regulación gubernamental, una expansión de la esfera de los gobiernos locales y regionales, poner más el acento en los cuidados primarios, en la asistencia preventiva y no residencial, una reducción de camas hospitalarias, una expansión de la Ley de Tarifas Hospitalarias para cubrir todos los precios sanitarios (ver más adelante) y la sustitución de la Ley de Instalaciones Hospitalarias por la Ley de Servicios Sanitarios. La Ley Enmendada de Instalaciones Hospitalarias resultante tenía por objeto una mayor flexibilidad que la ley precedente, que solicitaba un plan nacional. El gobierno central sería responsable de la planificación de la capacidad hospitalaria, de la concesión de permisos de edificación y de la clausura de hospitales. A petición del Ministro de Sanidad, las provincias elaborarán planes hospitalarios regionales que incluyen los tipos de instalaciones, la región a cubrir y los límites financieros. Estos planes deberán realizarse previa consulta con los

partidos interesados y se presentarán al Ministerio y al Consejo de Instalaciones Hospitalarias. (Los procedimientos para la representación de los partidos interesados son bastante complejos, a fin de representar a los diversos administradores y financieros de la asistencia sanitaria, como lo es la composición del Consejo de Instalaciones Hospitalarias, ver Cuadro). Hacia finales de 1982, el Ministro había encargado 102 planes, 24 se habían bosquejado y 17 finalizado. La Ley de Servicios Sanitarias de 1982 amplió este proceso de planificación para incluir todas las formas de asistencia, especialmente la asistencia primaria, y estipuló una mayor intervención de los municipios. El único aspecto de la ley a ejecutar se refiere a los controles de la extensión y de la situación de la práctica para los médicos de medicina general; en ciertas zonas del país no podrán realizar una consulta médica sin un permiso. Los obstáculos al proceso de planificación han dado como resultado medidas gubernamentales más directas en los años 80 (ver más adelante)

Precias

La Organización Central para las Tarifas Hospitalarias (COZ) reguló dichas tarifas desde 1965. Los fondos de enfermedad y los hospitales negociaron las tarifas, que fueran aprobadas por el COZ. En 1982, la Ley de Tarifas Sanitarias amplió este sistema a todas las cuotas y precios de la asistencia sanitaria. Estas tarifas se negociaron entre financieros y administradores y luego fueron aprobadas. Si no se llega a un acuerdo, la COTG (la sustitución del COZ) puede establecer las tarifas. El COTG está formado por 18 miembros, 6 de los cuales son designados por el gobierno, 4 por el Ministerio de Sanidad previa consulta con las organizaciones de instituciones sanitarias y con los administradores; 4 previa consulta con los estamentos financieros y 4 previa consulta con las organizaciones de empresarios y de empleados. Una segunda

forma de regulación de precios tiene lugar por la Ley del Seguro del Fondo de Enfermedad. Los fondos de enfermedad firman contratos con las organizaciones y con las personas que administran la asistencia sanitaria. Los miembros del fondo deben recibir tratamiento por parte de aquellos que estén contratados por su fondo. Estos acuerdos se someten al Consejo del Fondo de Enfermedad para su aprobación, que se compone de varias organizaciones de fondos, administradores, empresarios y empleados. Se paga a los médicos de medicina general según una base de capitación; a los especialistas, tanto dentro como fuera de los hospitales, se les pagará por cada caso tratada (un honorario por mes de tratamiento) y según una base de un honorario por servicio (para servicios especiales, operaciones, etc.). Los especialistas en los hospitales han podido tratar pacientes externos privados, pagando al hospital un tanto por la utilización de sus instalaciones; esto ha tendido a concentrar a los especialistas dentro de los hospitales en vez de en consultas, como en el caso sueco. Al determinar los honorarios de los médicos de medicina general y los de los especialistas se ha prestado atención a los ingresos totales que recibirían los médicos. Las discusiones sobre los honorarios de 1960 se resolvieron vinculando los ingresos globales de los especialistas y los de los médicos de medicina general a diferentes gradas de funcionarios del estado. Para bajar los costes, los ingresos totales de los especialistas se mantendrán constantes entre 1983 y 1986, a pesar de un aumento en el número de especialistas. Los aumentos en los servicios realizados bajarían los honorarios por servicio (Abol Smith 1985).

Resumen de los beneficios sanitarios y de la cobertura en la actualidad

Por la Ley de Gastos Médicos Excepcionales (AWBZ de 1967), todos los ciudadanos están cubiertos para enfermedades o incapacidades prolongadas (más de un año),

que incluye asistencia en hospitales, residencias e instituciones para los disminuidos físicos. Este seguro se paga por una prima, con relación a los ingresos. En 1986, la prima era un 4,25% de los ingresos, pagada por los empresarios a un fondo estatal. El presupuesto para 1987 fue de 9,9 billones de florines holandeses.

Además, todos los ciudadanos están obligados por ley a asegurarse para recibir una asistencia médica normal, que incluye el tratamiento en hospitales y las visitas a los médicos. Dependiendo de sus ingresos y de su estatus como empleado, los ciudadanos están cubiertos por el régimen del seguro social obligatorio o por el seguro privado. Aquellos cuyos ingresos están por debajo de un cierto techo (48.500 florines holandeses en 1986), están obligados a pertenecer al régimen de seguro social. Los empresarios y empleados pagan cada uno la mitad de la prima (9,6% del salario bruto en 1986) a un fondo de enfermedad central; este dinero se distribuye a los fondos de enfermedad locales de acuerdo con su pertenencia. Los fondos de enfermedad contratan a los administradores de la asistencia sanitaria (médicos de medicina general, especialistas, hospitales, dentistas) y les pagan directamente. Las pacientes entran a formar parte de un fondo de enfermedad, firman con un médico de medicina general contratada por dicho fondo y reciben todos los tratamientos necesarios sin pagar ningún honorario. Para recibir asistencia de un especialista o tratamiento hospitalario, deben recurrir al médico de medicina general. El sesenta y dos por ciento de la población está cubierta por el seguro social, a cargo de uno de los fondos de enfermedad. Hasta Febrero de 1983, no se cargaba nada a los pacientes por los medicamentos. El presupuesto para 1987 fue de 15,9 billones de florines holandeses.

El treinta y dos por ciento de la población está cubierta por el seguro privado. En contraste con el seguro estatal, las primas del seguro privado varían con las compañías de seguros y con el tipo de cobertura. No todas

las pólizas proporcionan cobertura para tratamiento por el médico de medicina general o para la prescripción de medicamentos. Generalmente, estas pólizas estipulan el reembolso por tratamiento más que el pago directo a una tercera persona. Los gastos para 1987 fueron de 7,4 billones de florines holandeses.

Un adicional seis por ciento se cubre por medio de regímenes estatutarios para empleos específicos, p. ej., para funcionarios del estado, personal de policía, etc.

La tercera forma de administrar la sanidad es por medio de la "asistencia social" (asistencia familiar, residencias para ancianos, etc.) que son sufragadas por el presupuesto del gobierno y contribuciones privadas. En 1987, estos gastos ascendieron a 6,2 billones de florines holandeses, de los que el gobierno central pagó 4,1 billones y 2 billones procedieron de contribuciones privadas. Además, podríamos mencionar aquí la asistencia en las residencias proporcionada por las "Sociedades de la Cruz", asociaciones voluntarias que antes estaban ligadas a grupos religiosos no sectarias. Cada vez más, estas sociedades han perdido su carácter partidista y se les ha garantizado fondos a través del seguro social y de los presupuestos del gobierno.

Sin contar esta última categoría de asistencia social, los costes por asistencia sanitaria en 1987 se estiman en 36,44 billones de florines holandeses, u 8,5% del PNB. (Dekker 1988). En 1987, el gobierno central y local financió el 15% de los gastos globales, los fondos de enfermedad el 33%, las compañías de seguros privadas el 28% y el Fondo para Gastos Médicos excepcionales el 23% (Flynn 1988).

Evaluación del sistema

El reciente "Informe Dekker" proporciona un resumen actual de las ventajas y los problemas del sistema de asistencia sanitaria en Holanda. El informe expone que la calidad de la sanidad holandesa se considera excelente, con un alto nivel de conocimientos médicos y de tecnología

utilizados en el tratamiento de los pacientes. A pesar de los diversos orígenes de las instituciones sanitarias, la distribución de las instalaciones sanitarias y el fácil acceso a dichas instalaciones es muy uniforme en todo el país. (Podríamos añadir que esto está probablemente relacionado con la compacta y homogénea densidad de población de Holanda). Se afirma que ha mejorado la atención prestada a la medicina preventiva, la promoción de la sanidad y la acción entre los sectores en el campo de la sanidad, como parte de una política sanitaria más amplia.

El informe sostiene que la complejidad y la diversidad de las estructuras actuales de financiación y seguro han creado, sin embargo, ineficiencias en el sistema sanitario. El informe señala, en particular, barreras a la "sustitución" en el sector de la asistencia sanitaria y entre la asistencia sanitaria y otras instalaciones de servicios sociales (como residencias de ancianos y clínicas de reposo). La división entre seguro social y privado suscita temas de equidad, ya que el seguro privado tiende a atraer pacientes de bajo riesgo, cobra las primas sobre una base actuarial y crea una necesidad de compensación del seguro privado al seguro social.

Este aspecto del informe recuerda de alguna manera el debate de finales de 1970, cuando las comparaciones entre lo privado y lo social se utilizaron para abogar tanto por un proyecto de seguro sanitario nacional único como para discutir sobre las posibles ineficiencias del seguro social. En 1975, el porcentaje de los ingresos gastado en el seguro sanitario para una pareja casada con dos hijos variaba de un 4% a casi un 15% de los ingresos de la familia. Los índices de utilización entre el seguro público y privado también variaban; en 1977 el seguro social pagó 1600 días de hospital por los asegurados, frente a 1000 que pagó el seguro privado. Estas diferencias se atribuyen a las diferentes poblaciones cubiertas por las dos formas de seguro, así como a los "costes de molestias más altos" de la

hospitalización para los asegurados privadamente. (Rutten y van der Werff 1982: 190 191).

El informe Dekker concluye que no hay suficientes incentivos ni para el seguro público ni para el privado a fin de mejorar la eficiencia y la efectividad del coste. Las primas de los fondos del seguro social se determinan a nivel nacional, se recaudan por un fondo central y se redistribuyen a los fondos individuales. Debido a que los aseguradores privados pueden competir sobre la base de diferencias en las primas, se enfrentan con incentivos de coste más fuertes, pero reaccionan generalmente seleccionando individuos de bajo riesgo (es decir, suscribiendo primas dependientes de la edad), sin estimular servicios más eficaces.

Los esfuerzos por contener los costes han estado limitados principalmente a la regulación estatal directa -- muchos de ellos utilizados cuando los esfuerzos de planificación se quedaron empantanados-- tales como reducciones en el número de camas hospitalarias, límites de presupuesto para la asistencia de pacientes internos en hospitales, límites en la inversión en nuevas instalaciones y regulación de los ingresos de los médicos. También otros comentadores han tratado sobre estos esfuerzos para reducir los costes. Cuando el proceso de planificación no logró sacar adelante resultados acordados voluntariamente, el Ministerio de Sanidad anunció una reducción de 8000 camas hospitalarias y la clausura de 25 hospitales. Las protestas políticas, relacionadas con la naturaleza sectaria de los hospitales y problemas de empleo local impidieron la puesta en práctica de dicha política. En su lugar, el gobierno introdujo límites de presupuesto a todos los hospitales; las tarifas hospitalarias por día se reemplazaron por presupuestos globales, que se determinarían externamente por el COTG. Estos se han establecido para reducir los ingresos previstos de los hospitales para 1985 en un 1% por debajo de los ingresos reales de 1983, y un 2% más bajo en 1986 (Abel-

Smith 1984,85). La pauta del gobierno para las camas hospitalarias se redujo de 4 a 3 camas por cada 1000 personas. Se introdujo un estricto techo para los costes de edificación permitidos para la nueva promoción hospitalaria y mejoras de importancia. Se restringieron los equipos y la tecnología de alto coste, aprobando sus compras sólo en los denominados hospitales "de categoría clínica superior". Se aumentaron los honorarios y los cargos a pacientes sin reembolso. Por primera vez, se introdujo un pago de 2,5 guilders para los medicamentos. Se limitó a los médicos a un suministro mensual y se les dio una lista "negativa" de medicamentos de alto precio que no cubriría la seguridad social. Se introdujeron límites más estrictas en el número de especialistas y médicos de medicina general de hospital registradas, así como techos en los ingresos clínicos. (Flynn 1988). También se prestó cierta atención al estímulo de formas de asistencia de bajo coste. La reducción de camas hospitalarias se complementó con el aumento de la capacidad de las clínicas de reposo, centros de asistencia por el día y enfermeras a domicilio; se redujo el número máximo de pacientes por médico de medicina interna (de 3000 a 2900) y el pago per cápita se elevará. Se planeó el introducir perfiles médicos para especialistas.

La evaluación del informe Dekker concluye que esta legislación del gobierno ha sido ineficiente e incluso contraproducente. Además, se puede suponer que estos esfuerzos en reducir costes superen los límites de la aceptabilidad política y social. Consecuentemente, "sería, por lo tanto, preferible una estrategia que se basase más firmemente en la consciencia de los costes y en la responsabilidad financiera por parte de los que utilizan, administran y aseguran los servicios de la sanidad". También indica que, a pesar de las continuas discusiones sobre estos problemas, "no se ha llevado a cabo hasta ahora ningún cambio importante. Se ha sostenido que el carácter complejo y pluralista del sistema de la sanidad holandesa, con su

equilibrio de poder sumamente institucionalizado entre gobierno e instituciones privadas, es una de las razones de esta rigidez" (Dekker 1988:14).

Las propuestas del Informe Dekker

La esperanza de las propuestas del Informe Dekker es conseguir un sistema de sanidad más eficiente y sensible mediante el perfeccionamiento del sistema de seguros, una reducción de la función reguladora directa del gobierno y la introducción de fuerzas de mercado mayores. Deben lograrse reducciones en los gastos globales sin pérdida de la calidad de la sanidad, mediante" una política dinámica de sustitución" "Esto supone la promoción de un cambio para poner el acento más en la asistencia sanitaria en el exterior que en el interior y la capacidad de proporcionar formas de asistencia adaptadas a las necesidades del individuo. Muchas de las propuestas del Comité están diseñadas para la sustitución y la eficiencia en la asistencia sanitaria, promocionando es esta manera los intereses de los usuarios de los servicios de sanidad", (Dekker 1988: 15).

El Informe propone combinar la mezcla existente de seguros sociales, privados y catastróficos en un esquema de seguro sanitario básico y suplementario que cubrirá toda la población. El seguro básico cubriría el 85% del coste global de las instalaciones tanto sanitarias como sociales. El seguro suplementario sería voluntario y cubriría los servicios no incluidos, en el esquema básico, tales como fisioterapia, asistencia dental de adultos y medicamentos. El seguro básico se pagaría por una prima con relación a los ingresos que se cobrarían en un fondo central --el sistema actualmente en uso para el seguro social-- y una prima determinada que se pagaría directamente a la empresa de seguros --sistema actualmente en uso en el seguro privado--. Los antiguos aseguradores privados y los fondos de enfermedad se encargarían del seguro y tendrían libertad

para fijar la segunda prima determinada y para competir por la suscripción de miembros. Esta prima podría variar, también, dependiendo del propio riesgo asumido por los miembros. La idea aquí, en otras palabras, sería lograr un equilibrio entre la socialización del riesgo y la utilización de las fuerzas de mercado para crear incentivos reductores de costes. La combinación de los presupuestos para servicios sanitarios y sociales permitiría una distribución mejor de los pacientes entre las instituciones sanitarias y de asistencia social; la eliminación de la distinción entre seguro público y privado permitiría una mejor distribución del riesgo sin perder incentivos de mercado.

Además de la revisión del sistema de seguro, el informe propone reducir la función del gobierno en la capacidad de planificación y en la determinación de gastos y precios. Esto se debe equilibrar con una regulación gubernamental mayor para controlar la calidad. Como medida preparatoria, se deben reducir las camas hospitalarias en 4000, además de las 8000 ya planeadas, entre 1987 y 1991, reduciendo de esta manera el número total de camas a 49.000 o sea, 3,2 camas por cada 1.000 habitantes.

Reacciones del Gobierno y Políticas

La relegación de la fisioterapia, prótesis, aparatos y medicinas proporcionados en la asistencia en los ambulatorios a un seguro suplementario, ha provocado quejas procedentes de agencias y organizaciones que representan a los pacientes. Existe un temor de selectividad de riesgo y altos costes para personas que dependen de estos tratamientos. Grupos de pacientes y sindicatos también han sostenido que las primas de índice determinado pesarían más sobre los grupos con ingresos bajos. Las organizaciones de empresarios, por otra parte, han puesto objeciones a la extensión de la prima relacionada con el nivel de ingresos, que afecta principalmente a los que están asegurados ahora privadamente. En cuanto a la aplicación de fuerzas de

mercado mayores y a la reducción de la planificación y de los controles de precios directamente por el gobierno, grupos de pacientes y gobiernos locales han aducido que la competencia creciente entre aseguradores, entre administradores, y la reducción de la regulación del volumen y de los precios pueden poner en peligro la cooperación regional existente y pueden de hecho aumentar los costes de la administración de la sanidad.

El gobierno ha hecho una observación sobre los costes inciertos de un sistema nuevo básico/suplementario, así como sobre los efectos del sistema sobre los ingresos personales y sobre el mercado laboral, pero ha puesto en marcha un plan que sigue estas líneas, aunque con una mayor protección hacia los pacientes, en términos de selectividad de riesgo y de efectos sobre los ingresos. El plan básico cubriría el 85% de los costes de la asistencia sanitaria y social y se basaría en el sistema de dos niveles, de relación con los ingresos y de primas determinadas. El seguro básico sería obligatorio para toda la población y cubriría el tratamiento hospitalario, las consultas con el médico de medicina general y con los especialistas, residencias de ancianos, asistencia familiar, formas de ayuda a domicilio, etc. Todos los aseguradores tendrían en principio que aceptar a todos los solicitantes y todas las personas con el mismo asegurador tendrían que pagar la misma prima, pero la prima podría variar con el riesgo propio. Suplementariamente, el seguro voluntario cubriría alrededor del 15% de los costes, y se pagaría mediante una prima determinada que deberá ser la misma para el mismo paquete de beneficios, pero que podría variar con el riesgo propio. El sistema se introduciría gradualmente --especialmente con respecto al coeficiente entre las primas determinadas y las relacionadas con los ingresos-- a fin de preservar el nivel de vida de los grupos de ingresos bajos.

Además, el gobierno mantendría una función reguladora mayor que la propuesta por el Informe Dekker. Como medidas inmediatas, habría una reducción extra en las camas hospitalarias (como propuso el informe), aumentarían las contribuciones para tratamientos por especialistas, y se introducirían medidas para reducir el coste de las medicinas. El gobierno continuaría planificando la capacidad de las instituciones de gran escala, tales como hospitales y residencias de ancianos. La construcción de nuevas instalaciones estaría sujeta a la concesión de licencias, a solicitar en cada provincia. El gobierno también tomará medidas para aumentar la influencia de los pacientes, legislando sobre los derechos de los pacientes y proporcionando fondos a las organizaciones de pacientes.

En el debate parlamentario de Junio de 1988, el Partido Laborista (PvdA) puso objeciones a la división en planes básicos y suplementarios, al excesivo margen de riesgo propio y a la utilización creciente de las fuerzas del mercado, en lugar de la planificación y el control gubernamental. La Alianza Cristianodemócrata (CDA), el principal aliado de la coalición gubernamental, aprobó el plan. El tradicional partido liberal, el Partido del Pueblo para la Libertad y la Democracia (VVD), mantuvo que para que las fuerzas del mercado operasen con eficacia, se debía dar a los aseguradores un margen de maniobra y de innovación. Los partidos difieren en la cuestión de la prima relacionada con los ingresos frente a la prima determinada; para mantener la solidaridad de ingresos la prima determinada debe ser baja; para asegurar la competencia entre aseguradores y la responsabilidad financiera individual, la prima determinada debe ser alta. Se ha presentado en parte al parlamento una legislación preliminar para la puesta en marcha del plan y se presentarán más proyectos de ley en 1989. El gobierno piensa poner en marcha el sistema para 1992.

OTROS SISTEMAS DE SEGUROS SANITARIOS NACIONALES:

REPÚBLICA FEDERAL DE ALEMANIA Y FRANCIA

La República Federal de Alemania y Francia cuentan ambas con un seguro sanitario nacional financiado mediante las contribuciones de empresarios y empleados, una práctica médica privada de honorario por acto médico y unos hospitales que son públicos en su mayoría. En ambos países, los fondos de enfermedad públicos juegan un importante papel en la financiación y las negociaciones de la sanidad. Los sistemas difieren, sin embargo, en la administración, en la planificación y en los mecanismos de control de precios. Francia ha tenido más éxito en la introducción de planificación y presupuestos en los hospitales, pero los gastos hospitalarios son más bajos en la República Federal. Se hace con frecuencia la comparación entre Francia y la República Federal de Alemania para destacar que aunque se comparten los costes mucho más en Francia, estos son más bajos en la República Federal. Por otra parte, las tarifas de consulta son más bajas en Francia (véase el Apéndice).

La República Federal

En la República Federal el seguro sanitario es obligatorio para todos los obreros y empleados con ingresos inferiores a un techo determinado (4300 MA/mensuales en 1987). Los que perciban ingresos más altos pueden suscribir el seguro voluntariamente o pueden hacerlo en un seguro privado (alrededor del 7%). Existen fondos de seguro públicos separados para empleados no manuales y ciertas profesiones. Estos fondos son administrados por juntas de representantes de los empresarios y de los empleados. Los empresarios y los empleados pagan contribuciones al seguro social iguales, que pueden variar de acuerdo con el tipo de fondo. Los fondos pagan a los médicos y a los hospitales directamente para el tratamiento de los pacientes. A los médicos se les reembolsa después según una base de honorario por acto médico a través de la Asociación de Médicos del Seguro (a la que tienen que pertenecer para tratar a pacientes del seguro). Los baremos de honorarios relativos

se negocian a nivel nacional entre las ramas nacionales de los fondos de enfermedad y de la Asociación de Médicos del Seguro; los valores absolutos ligados a esta escala relativa se negocian a nivel provincial (o territorial). Los gobiernos provinciales son los propietarios y los que financian a los hospitales, a los que reembolsan diariamente por una tarifa negociada entre los fondos de enfermedad y los gobiernos provinciales. Los médicos de consulta tienen un "monopolio" sobre la asistencia hospitalaria; los pacientes no pueden ir a los hospitales sin una visita previa a un médico de consulta y los hospitales no pueden proporcionar asistencia a los pacientes externos (que no sean los pacientes privados limitados de los especialistas del hospital). Esto ha tenido como consecuencia una alta utilización de la asistencia de ambulatorio, pero también una alta concentración de tecnología médica (p. ej. aparatos de rayos X) en las consultas de los médicos. Las clínicas privadas son poco frecuentes, aunque la Asociación Médica Alemana (Hartmann Bund) está interesada en ampliar las prácticas de grupo.

Los esfuerzos en el control de costes se han centrado en acuerdos voluntarios entre el grupo altamente desarrollado de instituciones corporativistas ya existentes. El papel de la Asociación de Médicos del Seguro al redistribuir una suma global abonada por los Fondos de Enfermedad es un ejemplo avanzado del control presupuestario sobre los honorarios, aunque los pagos fueran retroactivos más que adelantados. Además, la asociación llevó a cabo un extenso seguimiento de las actividades de los médicos. (Stone 1980).

La Ley de Control del Coste de 1977 creó un sistema de discusión a nivel nacional (Acción Concertada) entre representantes de los médicos del seguro, los fondos de enfermedad, las empresas farmacéuticas, los sindicatos y los empresarios, encargado de hacer recomendaciones sobre los costes totales de la sanidad. Los incrementos en los costes

tenían que basarse en la base del salario total (Grundlohnsumme) para cada año, ajustada por costes burocráticos, en la necesidad de ampliación de los servicios y en el tiempo de trabajo. Estas recomendaciones guiarán las negociaciones a nivel provincial entre los fondos de enfermedad y las Asociaciones de médicos y Dentistas del Seguro. La ley también introdujo cargos a los pacientes por medicamentos, dentaduras y ortodoncia. En 1981 se enmendó la ley, aumentando la participación en los costes y autorizando al Ministerio de Trabajo a publicar una lista de medicamentos para molestias de menor importancia que no cubriría el seguro sanitario estatutario. (Esto se iba a realizar mediante negociaciones por la ley de 1977, pero la lista no llegó a prepararse).

Los gobiernos provinciales consiguieron bloquear la inclusión de los hospitales en la acción concertada. Anteriormente, la Ley de Financiación de los Hospitales de 1972 había eliminado los gastos de funcionamiento y de financiación de los hospitales, haciendo que los pagos diarios de los fondos de enfermedad cubrieran los costes totales de funcionamiento de los hospitales, mientras que los gastos de capital serían financiados conjuntamente por los gobiernos provinciales y federales. La ley tenía por objeto la eliminación de los déficits hospitalarios y la mejora de la distribución de las camas y del equipo de los hospitales, para lo cual los gobiernos provinciales iban a diseñar planes hospitalarios. Esta ley dio como resultado un rápido incremento en los gastos hospitalarios. El Control del Coste Hospitalario de 1982 especificó que los comités de fondos de enfermedad y de los hospitales tenían que crearse a nivel provincial a fin de seguir las actividades económicas de los hospitales y de hacer recomendaciones acerca de la gestión hospitalaria eficiente, especialmente con respecto a la mano de obra. Además, las recomendaciones con respecto a los gastos hospitalarios globales tenían que incluirse en la Acción Concertada. Sin embargo, como el

sistema de gastos hospitalarios de cada día estaba obligado a cubrir los costes de funcionamiento, no estaba claro cómo se controlarían estos gastos. Los hospitales consiguieron evitar que los cargos hospitalarios estuvieran ligados al índice jornal/salario y a los estándares nacionales para la asignación de tecnología médica y de camas hospitalarias. En 1984, los gobiernos provinciales recuperaron la plena responsabilidad para la financiación hospitalaria. En 1985 se introdujo la financiación anticipada de los hospitales con tarifas diarias negociadas, basadas en los niveles de ocupación previstos.

Se considera que la Acción Concertada en sanidad ha conseguido frenar los gastos sanitarios, en gran medida debido a que la amenaza de regulaciones gubernamentales futuras ha permitido que se siguieran estas directrices voluntarias. Los costes de sanidad, que habían sufrido un incremento anual de un 17% durante el periodo 1970-75, se redujeron a un 7% anual en el periodo 1975-80; desde entonces, los resultados han fluctuado (Abel-Smith 1984). Además, se han cerrado tratos con grupos específicos a fin de persuadirles para restringir sus gastos. A la Asociación de Médicos del Seguro, que se ha quejado durante años sobre el excedente de médicos en el sector privado de asistencia ambulatoria, se le concedió el derecho de prohibir la práctica a nuevos médicos en áreas en las que hubiera excedente (pero esto ya ha sido declarado ilegal); se dio una mayor protección a la industria farmacéutica, de medicamentos genéricos a sus patentes de productos (Webber 1988).

Las reformas sanitarias más recientes de los gobiernos cristianodemócratas liberales (la reforma "Blum"), propusieron incrementar los cargos a las pacientes para asistencia médica y medicamentos; fortalecer la posición negociadora de los fondos de enfermedad con respecto a los hospitales, involucrando a los fondos en los planes hospitalarios y dándoles el derecho a rescindir contratos

con los hospitales que considerasen demasiado caros; a ampliar el papel de la Asociación de Médicos de Control para el seguimiento de los médicos más de cerca; alargar la formación médica para retardar el excedente de médicos. Según Webber (1988), mediante largas deliberaciones políticas, los grupos implicados normales en la política sanitaria alemana han conseguido eliminar muchos de los puntos más controvertidos de la ley, evitando una autentica reforma "estructural". El propósito de la reforma era asegurar la asistencia sanitaria médicamente necesaria, pero reducir en otras áreas a fin de estabilizar las tarifas de contribución del seguro social en niveles más bajos. Tenían que introducirse mayores controles de coste en la industria farmacéutica y en los hospitales --los dos sectores que se habían librado en gran medida de un control efectivo del coste-- y se aumentarían algunos controles sobre los médicos. Los pacientes pagarían una parte mayor de los costes, especialmente de los medicamentos y de la parte de "hotel" de la asistencia hospitalaria, pero en compensación, los fondos se ocuparían de proporcionar la financiación para la asistencia a domicilio. Como se promulgó en el otoño de 1988, el proyecto de ley final incluye una mayor participación en los costes por parte de los pacientes, la provisión de fondos para la asistencia a domicilio, un sistema de precios fijos para los medicamentos, pero poco cambio en el área de costes hospitalarios, seguimiento de los médicos o reforma de los fondos del seguro. El Bundesrat, que representa al gobierno provincial, eliminó la provisión de listas de precios hospitalarios que se podrían utilizar para canalizar a los pacientes hacia hospitales menos caros, hizo más difícil la rescisión de los contratos por los fondos de enfermedad y reafirmó que el cargo per diem debía cubrir los gastos reales de funcionamiento. Después de considerar los planes para la industria farmacéutica de hacer una contribución de 1,7 millones de marcos alemanes al seguro sanitario o la introducción de

participación en un 15% en el coste de medicamentos, la ley permite a los fondos de enfermedad la determinación de un precio fijo para grupos comparables de medicamentos. (Los pacientes pagarían la diferencia entre el precio fijado y los equivalentes más caros, aunque se espera que los precios fijados sean introducidos sólo para alrededor de un tercio de los medicamentos). La oposición de los médicos originó el abandono de los planes para permitir a los hospitales el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes antes y después de la hospitalización (que mejoraría la continuidad de la asistencia y reduciría la duplicación de pruebas que ocurre ahora, pero amenazaría el monopolio de los médicos privados sobre la asistencia ambulatoria), para poner límites de prescripción a los médicos y para aumentar el seguimiento económica de los médicos. Finalmente, se descartó la reforma de los fondos de enfermedad, como por ejemplo que los obreros tuvieran derecho a elegir entre los fondos del seguro y un sistema para la redistribución de las contribuciones del seguro entre los fondos.

Francia

El seguro sanitario nacional es obligatorio para todos los empleados asalariados; existen esquemas adicionales separados para ocupaciones especiales, como agricultura y autónomos. El seguro sanitario se financia por medio de los impuestos de nómina personal, los empresarios pagan el 71%, el asegurado el 25% y el estado el 4%. Además, el asegurado paga el 20% de los honorarios médicos en los hospitales y el 25% en la práctica liberal. Los pacientes pagan a los médicos directamente y luego los fondos de enfermedad se lo reembolsan. Desde 1960, los honorarios cargados por los médicos han estado regulados por una serie de acuerdos (convenciones) negociados entre los fondos de enfermedad y las asociaciones médicas. Se han limitado sucesivamente las disposiciones para los médicos que cobran por encima del baremo de honorarios y se ha introducido el seguimiento estadístico de los médicos mediante "perfiles". Con respecto a 1980, se introdujo un sistema dual. Los médicos podían elegir la limitación de sus honorarios a las tarifas de la convención y los fondos de enfermedad pagarían sus contribuciones de la seguridad social, o podrían optar por el "segundo sector", en el que los pacientes pagarían la diferencia entre el 75% de los honorarios de la convención y los honorarios reales, y los fondos no pagarían ninguna contribución de la seguridad social (el 25% de los médicos de práctica liberal pertenecen actualmente al segundo sector). Al mismo tiempo se anunció un "sobre global" ligando las facturas de los médicos al PIB.

Los hospitales en Francia son públicos, pero coexisten con clínicas privadas, con frecuencia propiedad de médicos. La Reforma Debre de 1958 reorganizó el sistema hospitalario para integrar mejor la enseñanza, la investigación y las funciones clínicas de los hospitales. A los médicos de hospital se les cambió de una retribución por acto médico a un sistema de salario pero, como medida temporal, los

médicos veteranos podían recibir pacientes privados limitados (dedicando no más de dos medios días por semana y utilizando no más del 8% de las camas). En 1970, el sistema hospitalario se coordinó por un Carte Sanitaire que iba a organizar la necesidad de hospitales, controlar la distribución de camas y equipo a través de autorizaciones para la construcción y expansión de hospitales y mejorar la coordinación entre los sectores público y privado, permitiendo que las clínicas privadas se unieran al "servicio de sanidad público". Tanto antes como después de la Ley de 1970, las clínicas privadas crecieron a ritmo más rápido que el sector pública, en gran parte a causa de que los procedimientos de planificación y los esfuerzos para cancelar camas hospitalarias fueron más efectivas en el sector público, mientras que hasta 1970, el reembolso procedente de la seguridad social fue más alto en el sector privado (ya que los honorarios de los médicos se facturaban separadamente del per diem). Con el gobierno Mitterand, las camas privadas en los hospitales públicos fueron eliminadas en 1982, las consultas privadas tenían que terminar para 1987. (El gobierno anterior también había encontrado que el sector privado era un problema, pero había limitado sus medidas a garantizar al hospital una parte de dichos honorarios).

En 1983, se introdujeron los presupuestos globales anticipados en los hospitales. Los fondos de enfermedad les pagan mensualmente y en 1985 afectaban a casi todos los hospitales. Se estima que el incremento anual de los gastos hospitalarios ha descendido de un 18,1% en 1982 a un 8,5% en 1985.*

* Jean-Paul Seguela, Informe (#689) del Comité de Asuntos Culturales, Familiares y Sociales de la Asamblea Nacional, sobre la Ley de Reforma Hospitalaria, Abril 1987, citado en Godt 1988: 15.

Los planes para introducir centros de costes para elaborar los presupuestos globales y reemplazar los servicios hospitalarios por departamentos más amplios crearon un conflicto tal que nunca se realizaron. Anteriormente, el Ministerio de Sanidad concedió una designación vitalicia al jefe de servicio del hospital. El plan socialista pidió la sustitución de los servicios por departamentos definidos disciplinariamente que serían administrados por consejos compuestos por personal tanto médico como no médico que elegiría un director para un periodo de 4 años. Los departamentos iban a reducir la duplicación de los exámenes de diagnóstico, estimular la utilización común del equipo médico y apoyar la investigación multidisciplinaria, pero se les denunció como un insulto a la libertad clínica de los médicos. A pesar de que los servicios se abolieron en 1984, no se creó prácticamente ningún departamento. Se introdujeron los cobros a las pacientes por estancias hospitalarias y aumentaron los cobros por recetas de medicamentos no críticos. Se incrementaron los ingresos del seguro sanitario elevando la base imponible así como un impuesto extra sobre la renta de un 1%.

El gobierno Chirac invirtió la política socialista en el sector privado en los hospitales y reinstauró tanto las camas privadas como las consultas privadas en 1986. La Ley del 27 de Enero de 1987 autorizó la práctica privada en los hospitales públicos, pero mediante un sistema de contratos entre médicos específicos y sus hospitales. La práctica privada se limita al 20% de las obligaciones públicas de los médicos y el hospital recibirá el 30% del baremo oficial de honorarios así como un porcentaje fijo de cualquier honorario extra que el médico cobre. Se han introducido comités de control a nivel local y nacional.

La Ley de Reforma Hospitalaria de 24 de Julio de 1987 reestableció los servicios, pero estipula designaciones renovables en vez de vitalicias. La primera designación dura un periodo de cinco años, después del cual el Jefe de

Servicio debe renovar la solicitud y el hospital tiene que consultar con las juntas del hospital y con los colegas médicos. El Jefe de Servicio puede delegar trabajo a equipos de médicos jóvenes, creando un subservicio y se pueden introducir departamentos sobre una base de voluntariado. Además, la ley abole el Carte Sanitaire y la disposición de que los propietarios no pueden poseer más que una clínica privada, lo que ha dado como resultado un crecimiento del sector privado a un 7% de los gastos de sanidad; el sector con obtención de beneficios cuenta con el 14% de camas, el de sin beneficios con el 15%. Las mutualidades están preocupadas por el aumento de sus costes como resultado de esta expansión.

Una tercera reforma afectó a la cobertura de la seguridad social. Los fondos han eliminado tradicionalmente el 25% del pago compartido para tratamientos y para medicinas a pacientes que padecen alguna enfermedad crónica de una lista de 25, así como a los que pagan 80 francos/mes en cargos para seis meses. En 1987 estas exenciones cubrían a más de 3 millones de pacientes y suponían el 75% de los gastos del fondo. En 1986, se estableció una lista nueva de enfermedades y se eliminaron los pagos compartidos sólo para dichas enfermedades y sólo para episodios de enfermedad relacionados específicamente con dicha enfermedad. Se reestableció el pago compartido de un 60% para los medicamentos no esenciales. Además, los impuestos de nómina personal para la seguridad social se aumentaron y el impuesto extra del 1% socialista se reestableció. El gobierno anunció que los honorarios a los médicos no aumentarían hasta que se limitaran los gastos de ambulatorio por el índice de inflación, pero aceptó un aumento del 13% en 1987, así como nuevos beneficios fiscales, a cambio de la promesa de cooperación en la reducción de costes.

SERVICIOS NACIONALES DE SANIDAD: GRAN BRETAÑA, ITALIA Y SUECIA

Gran Bretaña, Suecia e Italia cuentan con unos servicios de sanidad nacionales, unos sistemas de asistencia sanitaria en los que el gobierno actúa como proveedor directo de la asistencia sanitaria. Los sistemas se apoyan en distintas modalidades de financiación y de administración y muestran diferentes niveles de gastos sanitarios, con Gran Bretaña y Suecia a los dos extremos de los gastos sanitarios en Europa Occidental. El servicio de sanidad nacional de Gran Bretaña se introdujo inmediatamente después de la segunda guerra mundial; Suecia cuenta con una larga historia de propiedad gubernamental de los hospitales, pero no introdujo el seguro sanitario nacional hasta 1955, y la práctica asalariada para los médicos de hospital hasta 1970; el servicio sanitario nacional italiano se introdujo en 1978. En Gran Bretaña se está discutiendo en la actualidad la privatización de la sanidad y la introducción de incentivos de mercado; en Suecia ha habido algún incremento de la medicina privada pero no sustancial; el sistema italiano tiene que reformarse de nuevo.

Gran Bretaña

El Servicio Sanitario Nacional está sufragado por los impuestos y administrado por una serie de autoridades sanitarias regionales y locales, responsables ante el Departamento de Sanidad y Servicios Sociales. Las autoridades sanitarias están controladas por personas designadas a tiempo parcial que contratan personal de gestión. Las decisiones tienden a ser consensuadas, jugando los médicos un papel importante. La reorganización del SSN de 1974 aumentó el papel para la participación del consumidor en dichas autoridades, así como la reasignación de los recursos, basada en las cifras de población y de mortalidad. Los médicos de medicina general trabajan como contratados privados para el SSN, recibiendo honorarios de capitación o per cápita, y un tanto básico por consulta y personal. Los médicos de hospital cobran un salario y además

pueden recibir pacientes privados, con ganancias limitadas al 10% de sus salarios básicos. Los salarios de consulta hospitalaria y los honorarios per cápita de los médicos de medicina general se negocian y han estado sujetos a una aprobación obligatoria por parte de un estamento de revisión, como resultado de los conflictos que hubo en los años 50 con respecto a los ingresos de los médicos. Todo el mundo admite que los médicos de los hospitales británicos han convenido en percibir salarios bajos a cambio de una gran autonomía clínica, que está siendo amenazada actualmente por medidas de austeridad gubernamentales.

El gobierno Thatcher ha dado varios pasos para reformar el SSN. Se ha limitado el gasto por medio de un rígido control de los límites del dinero líquido, sin tener en cuenta la administración del servicio. Se retiene un "ahorro de eficiencia" del 0,5 del presupuesto del SSN a fin de utilizarlo para los servicios después de que se logren las eficiencias. Se utilizarán indicadores de actuación estadísticos. Se ha eliminado un nivel de la jerarquía administrativa --el "área" entre la región y la localidad-- mientras que se delegará más responsabilidad al nivel local. Siguiendo las sugerencias de la Comisión Griffiths* de 1983, que fue presidida por la cabeza de una gran cadena de supermercados, se ha contratado a gestores profesionales a todos los niveles del SSN. El gobierno también ha estimulado la opción por no tomar parte y la oferta competitiva para los servicios no médicos, tales como lavandería y alimentación (catering) -- un paso que los críticos consideran como un ataque a los sindicatos del sector público. El gobierno ha restaurado las camas de pago en hospitales públicos (quitadas por si gobierno Laborista en 1976) y ha estimulado los vínculos entre el SSN y el sector

+ Investigación sobre la Gestión del SNN. (1983) Londres: Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

privado. El seguro privado cubre actualmente alrededor del 10% de la población y supone alrededor del 10% del gasto en sanidad (Klein 1985). Existen unos 200 hospitales privados con unos ingresos anuales de alrededor de 1 millón de libras, comparados con los 19 millones para el SSN (Mohan y Woods 1985). Sin embargo, el sector privado depende completamente del sector público. Las clínicas privadas se especializan en cirugía electiva, pero no en situaciones agudas o crónicas. Los pacientes mantienen una cobertura de seguro doble, utilizando el sector privado para pequeñas operaciones, el SSN para emergencias. De hecho, las clínicas privadas remiten pacientes al SSN para cualquier caso que exceda su capacidad. Klein (1985) opina que esto puede debilitar el SSN ya que sus consumidores más disconformes son reducidos gradualmente.

El libro blanco del gobierno de Febrero de 1989, "Trabajar para el gobierno", propone crear un mercado internacional en el SSN. Los fondos seguirán procediendo de los impuestos generales y los servicios seguirán siendo gratis para los pacientes, pero la asignación de recursos pasará de los gestores del SSN y de los médicos a los mecanismos del mercado. Las autoridades sanitarias de distrito recibirán los fondos de acuerdo con la población a la que atiendan, más que a los tratamientos que proporcionen; se espera que dichas autoridades comercien los servicios entre ellas y con el sector privado para lograr el máximo de eficiencia. Se estimulará a los hospitales grandes a retirarse del SSN y a convertirse en entidades que se autogobiernen; comprarán y venderán servicios del resto del SSN y del sector privado. Se animará a los médicos de medicina general a que acepten presupuestos de dinero limitado; comprarían servicios hospitalarios para sus pacientes y tendrían libertad para reinvertir lo ahorrado en sus propias consultas. Los ingresos de los médicos de medicina general dependerán más de los pagos per cápita, por

tanto de la cantidad de su práctica médica más que de su calidad.

El informe ha sido criticado por la Asociación Médica Británica, por algunos economistas, y las encuestas indican que no es popular con el público. Prowse (1989) sostiene que este enfoque es relevante sólo para la cirugía electiva, no para las necesidades de los ancianos, enfermos crónicos, disminuidos físicos o enfermos mentales, que ocupan más del 50% de las camas del SSN. Señala también que Gran Bretaña gasta sólo un 5,9% del PNB en sanidad, sin embargo todo indica que tiene una población sana, lo cual cuestiona la necesidad de una mayor "eficiencia".

Más aun, un sistema de mercados internos puede de hecho incrementar los costes, a la vez que no garantiza un tratamiento efectivo. Como los hospitales autónomos establecerán su propia escala de retribuciones, los costes salariales pueden subir. Los costes administrativos pueden aumentar, ya que se necesitarían sistemas de contabilidad y de facturación nuevos, así como sistemas para seguir a los pacientes cuando se movieran entre unidades en competencia. A pesar de que el libro blanco asume que los mecanismos de precios pueden llevar el sistema sanitario con mayor eficacia, no existe una relación necesaria entre costes y sanidad. "Los resultados financieros, que pueden medirse fácilmente, tendrán prioridad creciente sobre los resultados sanitarios, que no pueden".

Italia

El Servicio de Sanidad Nacional Italiano (SSN) se introdujo en 1978. Sustituyó a un sistema de seguro social público, basado en un fondo general que cubría la mayoría de la población, así como en fondos especiales para ciertos grupos con determinadas ocupaciones. Los fondos proporcionaban la asistencia sanitaria por medio de contratos directos con hospitales, médicos y farmacias; a los médicos se les pagaba sobre una base de honorario por

acto médico. Los objetivos de la reforma eran dos: extender la cobertura de la asistencia sanitaria a aquellos no incluidos en el sistema del seguro social (estimados en 2 millones de personas); mejorar la distribución regional de la asistencia sanitaria; poner el acento en la sanidad preventiva en vez de en el tratamiento hospitalario; reducir los costes de los médicos y los incentivos para dar más servicios, cambiando el método de pago a los médicos de medicina general por el de capitación y a los especialistas por salarios de tiempo total o parcial basados en las horas trabajadas para el SSH; reducir los costes hospitalarios por medio de la introducción de presupuestos globales; permitir al gobierno central controlar los costes mediante la provisión de fondos para los gastos de capital; y reducir los costes administrativos del ineficiente sistema de seguridad social y de la burocracia sanitaria. (Ferrera 1989; Schenkluhn 1988).

Se ha puesto en práctica el SSN, pero ha sido muy criticado** y hay una discusión continua sobre una "reforma de la reforma", aunque no está claro si el consenso político para tal reforma se producirá alguna vez. (Ferrera, 1989, sugiere que ni SSN se introdujo en un periodo inusual, en un máximo de poder del Partido Comunista Italiano, con una profesión médica fragmentada y una burocracia del seguro

** Véase Cavazutti, F. y Giannini, S. (1982) La Riforma Malata. Bologna: Il Mulino; Ferrera, M. y Zincone, G. (1986). La Salute che noi Pensiamo. Domanda Sanitaria e Politiche Pubbliche in Italia. Bologna: Il Mulino; Freddi, G (1984) Rapporto Perkoff; Salute e Organizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale. Bologna: Il Mulino; Piperno, A. (1986). La Política Sanitaria in Italia. Milán: Angeli; citado en Ferrera (1989).

social desacreditada y, especialmente, a causa de la oportunidad institucional conseguida por la creación de las regiones como una nueva unidad política y administrativa). El SSN ha logrado universalizar el derecho a la asistencia sanitaria y estandarizar los beneficios proporcionados (en términos formales), que habían variado considerablemente entre los fondos. Sin embargo, se critica el sistema, a causa de irracionalidades administrativas y financieras, problemas en la relación entre los sectores público y privado, gestión deficiente y la falta de iniciativas nuevas para la asistencia preventiva.

Los fondos del SSN son de procedencia central, pero están administrados localmente, por consejos de autoridades locales elegidas en las regiones. Esto ha creado varios problemas. En primer lugar, los consejos están dominados por políticas locales, lo cual provoca las quejas de que la administración está excesivamente politizada. Mientras el gobierno central controla los gastos totales, los consejos regionales son en realidad responsables de los servicios. Tienen pocos incentivos para reducir, lo que crea constantes y crecientes déficits. Aun más, en la medida en que el gobierno reduce los costes, el resultado ha sido un descenso en la calidad de los servicios más que una mayor eficacia.

Las fricciones entre los sectores público y privado afectan a los médicos y a las clínicas privadas. Los honorarios per cápita para médicos de medicina general y los salarios de tiempo parcial para los especialistas se determinan mediante negociaciones. Los servicios realizados por los médicos de medicina general tienen que estar por tanto controlados mediante capitación, mientras que los servicios de los especialistas tienen que estar controlados por los límites de las horas que trabajan. El resultado ha sido una pérdida de incentivos para realizar servicios y una salida parcial del sector público para ejercer segundos empleos. Se crearon comités en 1985 para controlar la eficiencia de los médicos. En 1987, a los médicos de

medicina general que limitaron sus actividades a su empleo en el SSM" se les concedió un aumento de un 10% en sus ingresos y hasta de un 30% si estaban de acuerdo en realizar ciertos servicios.

Las clínicas privadas y los centros de diagnóstico, así como las cirugías pertenecientes a especialistas están incluidas en el SSN mediante contratos. En 1986, el 65% de los hospitales (o el 84% de las camas) eran públicos, el 35% privados, pero el 90% de los hospitales privados están integradas en el SSN. Las regiones son responsables de la planificación hospitalaria y de la decisión de qué hospitales privados deben ser incluidos. Ha habido protestas por una presunta abundancia de fraudes en estos contratos, y las regiones controlan poco los honorarios y las referencias en este sector. Los médicos acusan de que los contratos dependen con frecuencia más de contactos políticos con las unidades de la sanidad local que de la calidad médica. Por otra parte, los libros de las clínicas privadas se vigilan con más cuidado que los de los hospitales públicos, en los que los costes de tratamiento se camuflan dentro de los presupuestos generales. Se protesta de que esta ambigua mezcla de público y privado es responsable de una gran cantidad de despilfarro e ineficiencia.

Finalmente, se critica el sistema por una penetración de partido masiva de los consejos regionales que ha destruido su doble función de gestión y control democrático.

Las propuestas de reforma del ministro de sanidad (Donat Cattin) se centran en devolver un elemento tecnocrático y profesional más fuerte a las unidades de sanidad local y a las regiones. La administración de las unidades de sanidad local pasará a un gestor profesional contratado por las autoridades políticas locales, con autonomía en la administración de los recursos y en la organización del trabajo. Los hospitales más grandes no estarán ya bajo la jurisdicción de las unidades de sanidad local y se administrarán por sus propios consejos, cuyos

miembros deben ser expertos. Estos consejos serán responsables ante la administración regional. Los hospitales más pequeños (menos de 500 camas) permanecerán bajo las unidades de sanidad local, pero se les dará sus propios presupuestos. El fondo de sanidad nacional se convertirá en un fondo de sanidad interregional, administrado por las regiones que serán responsables de la financiación de sus propios déficits. Si la reforma superara estos problemas o incluso si se promulgara, está por ver.

Suecia

El sistema sueco es completamente universal y proporciona una asistencia de alta calidad, pero también es un sistema caro. Estos altos costes pueden atribuirse a los servicios tan amplios que se proporcionan y a la alta calidad de la asistencia (que está relacionada con la alta renta per cápita del país) y a que el sector sanitario está muy sindicalizado y el personal recibe salarios muy altos. Además, la descentralización de los fondos ha permitido una competencia provincial para extender el sistema. La sanidad se financia mediante impuestos de nivel provincial (consejo de condado), y una cantidad mucho menor de impuestos estatales que se redistribuyen a las provincias con los ajustes que se consideren necesarios. Los pagos a los médicos y a los hospitales por sus costes de funcionamiento se hacen a través del sistema del seguro sanitario nacional, que financian los empresarios. Los pacientes pagan unos honorarios fijos a los médicos y a los hospitales tanto por tratamiento en régimen interno como externo. La asistencia a los pacientes externos en los hospitales (policlínicas) está muy desarrollada, pero el sistema está todavía centrado en el hospital, a pesar de los esfuerzos para establecer centros sanitarios públicos locales. Hasta 1984, los consejos de condado financiaban el 71% del sistema, el gobierno nacional el 10%, el sistema del seguro social el 8% y las tarifas de los pacientes el 2%. En 1984 se combinaron la contribución del seguro social y la del gobierno nacional y pagaban a los consejos de condado una cantidad única en bloque, basada en los pagos de 1982. Este pago se basará en la población más que en el reembolso por visitas del paciente como antes, lo que contribuye a la redistribución e introduce un presupuesto adelantado. Además, se hace un pago per cápita para los costes de médicos privados, que se basa en la cantidad pagada por el

fondo del seguro social en 1983, cuando los médicos privados facturaban al fondo directamente.

La planificación a nivel nacional es extensiva y la lleva a cabo la Junta Nacional de Sanidad y Bienestar Social (Socialstyrelsen), que ha controlado la construcción y la expansión de los hospitales, así como la distribución de la tecnología. Sin embargo, la descentralización de la autoridad política y administrativa hacia los gobiernos provinciales en 1982 puede alterar este proceso de planificación.

La práctica médica privada y las clínicas privadas son mínimas en Suecia, ambas a causa del papel tan importante que jugó tan pronto el sector hospitalario público en la administración de la sanidad, y como resultado de la política del gobierno. Antes de la Segunda Guerra Mundial, se proporcionaba la asistencia sanitaria en hospitales públicos que eran propiedad y estaban regidos por los gobiernos provinciales. Las tarifas a los pacientes se mantenían bajas. El seguro sanitario voluntario financiaba visitas a médicos privados. El Seguro Sanitario Nacional se introdujo por el gobierno Socialdemócrata en 1946, pero no se llevó a la práctica hasta 1955. En aquel momento, se pensó en hacer planes para un servicio sanitario nacional, pero se rechazó como resultado de la oposición política de la profesión médica, del sector de negocios y de los gobiernos provinciales. Este plan (la Reforma Hojer) proponía que todas las formas de asistencia a pacientes externos se consolidaran en un sistema único bajo los auspicios; de los consejos de condado y la transferencia eventual de todos los médicos a salarios de tiempo completo. La asistencia ambulatoria se proporcionaría por medio de centros sanitarios locales y en clínicas hospitalarias de pacientes externos. Los gobiernos provinciales mantuvieron que no podrían cubrir los puestos hospitalarios a menos que se permitiera a los médicos la práctica privada.

El sistema del seguro sanitario nacional, tal como fue promulgado, permitía una amplia autonomía en el ejercicio privado de la medicina. A pesar de que la mayoría de los hospitales eran propiedad de los consejos de condado, los médicos veteranos podían tratar pacientes privados como parte de sus obligaciones hospitalarias. Los pacientes pagaban a dichos médicos --así como a los médicos de consulta privados-- directamente y luego el seguro sanitario nacional les reembolsaba. Teóricamente, el reembolso cubriría el 75% de los costes de asistencia. Sin embargo, a causa de que los médicos cobraban por encima de las tarifas reconocidas oficialmente, los reembolsos reales a los pacientes eran mucho más bajos que los garantizados por la ley.

Después de la derrota de la reforma Hojer, las reformas de la política sanitaria procedieron con bastante cautela. La mayoría tenían que ver con la regionalización del sistema hospitalario. Pero, salvando la oposición de la Asociación Médica Sueca, el gobierno consiguió aumentar el número de médicos mediante la construcción de tres escuelas médicas nuevas y un aumento en el tamaño de las clases. Como resultado, el número de médicos se multiplicó por siete entre 1947 y 1972 (Heidenheimer, 1980).

A partir de 1959, el estado empezó a tomar medidas directas para restringir el ejercicio privado de la medicina. La Ley Hospitalaria de 1959 eliminó las camas privadas de los hospitales y las tarifas privadas para la asistencia hospitalaria de pacientes internos. La ley también exigió a los hospitales el proporcionar asistencia a los pacientes externos, compitiendo de este modo con las horas de consulta privada de los médicos hospitalarios y con los médicos de consulta privada. Como consecuencia, las visitas hospitalarias de pacientes externos aumentaron de 7,4 millones en 1952 a 18,4 millones, o sea, más de un 40% de las consultas médicas en 1963, (Klingeberg y Carder, 1980). En respuesta a la ley, algunos médicos intentaron

revivir las clínicas privadas pero este paso sufrió un colapso cuando la Junta Nacional de Sanidad y Bienestar anunció el proyecto de construir centros sanitarios locales a mediados de los años 60.

La amenaza más dramática al sector privado ocurrió en 1969, con la introducción de la "Reforma de las Siete Coronas". Esta reforma sustituyó el antiguo sistema de reembolso al paciente por una tarifa fija de 7 coronas suecas (alrededor de \$1,40 en aquel tiempo). A los médicos se les apartó de las transacciones financieras y se les prohibió tratar a pacientes privados en los hospitales públicos. Juntamente con la reforma, se introdujeron salarios para los médicos de hospital mediante negociaciones entre la Asociación Médica Sueca (AMS) y la Federación de Consejos de Condado.

A pesar de las protestas de los médicos, se excluyó completamente de la reforma a los médicos de consulta privada. Esto creó una considerable diferencia entre las facturas cargadas en los sectores público y privado. En el sector privado, los pacientes pagaban los honorarios completos con una tarifa de reembolso media de un 60%, mientras que en las clínicas hospitalarias públicas para pacientes externos pagaban sólo 7 coronas. Eventualmente, en 1975, se ofreció a los médicos de consulta privada la opción de registrarse en los fondos del seguro sanitario nacional para que sus pacientes pudieran pagar las mismas tarifas fijas que en el sector público. En compensación, los médicos tendrían que atenerse a un baremo de honorarios; cesarían las visitas a los médicos no registrados que se cubrirían por el seguro sanitario nacional. Aunque esta última revisión beneficiaba a los médicos privados, "sin embargo estaba claro que el gobierno socialdemócrata tenía por objetivo la limitación del ejercicio privado" (Smedby, 1978: 250). Como resultado de estas reformas, los médicos de consulta privada a tiempo completo (que no incluye los médicos de consulta de la sanidad pública que ejercían

privadamente a tiempo parcial o las horas de consulta privada de los médicos de hospital) bajaron de un 30% de los médicos en 1940 a un 15% en 1964 y a un 6% en 1979, sin mencionar el considerable descenso de consultas privadas dentro de los hospitales públicos. Se exigió a los médicos de hospital la obtención de un permiso del Consejo de Condado para el que trabajaban para poder abrir una consulta privada en su tiempo libre. La necesidad de los hospitales de tiempo extra tenía que ser cubierta antes de que los médicos pudieran ejercer la práctica privada.

Cuando los Conservadores llegaron al poder en 1976, se levantaron estas restricciones sobre el ejercicio durante el tiempo libre. En 1984, los Socialdemócratas reinstauraron estas restricciones y las endurecieron. Tanto los médicos hospitalarios que solicitaban el ejercicio durante su tiempo libre como los médicos de consulta privada debían firmar un contrato con los Consejos de Condado (más que con las autoridades del seguro, como antes). Más aun, a los Consejos de Condado se les da un presupuesto total para la práctica privada, que se divide entre dichos médicos. A pesar de (o muy posiblemente a causa de) estas restricciones, el número de visitas privadas está aumentando. Casi el 19% de los médicos suecos recibe una compensación por visitas privadas, el 16% están afiliados para recibir visitas en su tiempo libre. Además, la tendencia hacia las clínicas privadas va en aumento y algunos médicos han formado compañías de seguro privado para pagar por tratamiento, completamente al margen del sistema del seguro sanitario nacional. (Rosenthal 1986). A pesar de todo, con impuestos públicos altos y seguro sanitario nacional obligatorio, con el equipo médico concentrado en los hospitales públicos y con un compromiso político fuerte por la igualdad, el crecimiento del sector privado no parece ser una amenaza para el sistema sanitario público sueco. Sin embargo, el gran éxito de una clínica privada de Estocolmo, en la que los pacientes podrían recibir tratamiento cerca de su lugar de trabajo, más que

cerca de su lugar de residencia como requerían las policlínicas hospitalarias, ha forzado a una revaloración de la burocracia y de la inflexibilidad del sistema público. Un provocativo trabajo reciente de Saltman y von Otter (1987) ha sugerido que se podría introducir un sistema de competencia pública, que permitiera a los pacientes la elección de su propio hospital y rembolsar a los hospitales en base a los pacientes que recibieran. No está claro si una política semejante obstaculizaría la planificación y la equitativa distribución de recursos enormemente satisfactorias que tienen lugar actualmente en Suecia.

CONCLUSIONES

Los esfuerzos de reforma en Europa Occidental y en Canadá están "basados tanto en las características particulares de los sistemas de sanidad nacionales como en consideraciones más generales. Mientras cada gobierno cuenta con algún tipo de combinación de mecanismos de mercado, negociaciones, iniciativas directas del estado y participación pública, estos instrumentos se apoyan en instituciones de representación de intereses y de administración de la sanidad que han evolucionado durante largos periodos de tiempo. Estas instituciones pueden bloquear los cambios políticos pero también pueden utilizarse de una manera efectiva. Así, la negociación entre las asociaciones obstaculizó la planificación en Holanda, mientras que en la República Federal las negociaciones corporativistas han sido muy satisfactorias, aunque han impedido algunas reformas esperadas hace mucho tiempo. Algunos gobiernos han cambiado con éxito la estructura de los incentivos de mercado, que tienen en cuenta el cambio voluntario dentro del contexto de los objetivos nacionales, como en Canadá y en Suecia. Las directrices gubernamentales directas han tendido a dar como resultado una reestructuración mucho menor que la prevista por los anteproyectos del gobierno. En general, se podría decir que las reformas financieras han sido las que han tenido mayor éxito, y las más fáciles de abordar para los gobiernos. Las innovaciones financieras se pueden introducir con menos burocracia y estimulan una mayor cooperación voluntaria que los controles gubernamentales más directos. Como ejemplos, se pueden citar las reformas que han afectado a los costes de

diferentes clases de asistencia a los pacientes, el reembolso a los hospitales o los presupuestos globales. No obstante, la introducción de tales cambios no reemplaza la necesidad de unos objetivos de política sanitaria. Nuevas estructuras de incentivos no dan como resultado necesariamente una mayor eficacia desde el punto de vista sanitario ni incluso de eficiencia económica; los problemas de la evaluación y del control de calidad son constantes. Así, cada país debe hacer su propia evaluación de su sistema de sanidad y de las áreas a reformar. Las secciones siguientes enumeran algunos puntos que podrían ser considerados en una evaluación semejante.

El sistema español

España está situada ventajosamente para abordar una reforma, ya que los gastos de sanidad en relación con el PIB son comparativamente bajos y ya existe un sistema de seguro sanitario bastante amplio. Sin embargo, la inflación de los precios médicos y al consumidor resulta bastante alta. Los principales problemas parecerían consistir en la expansión de la cobertura de la sanidad a los no asegurados (presumiblemente ya conseguido por medio de los planes para un servicio de sanidad nacional), la expansión del sector de ambulatorio público, la racionalización del sector hospitalario y el gran número de médicos sin empleo. La importancia del ejercicio privado de la medicina y de los hospitales con obtención de beneficios propiedad de médicos en ciertas áreas, podría indicar disparidades regionales y de clase en la administración de los servicios. La descentralización de la planificación de la sanidad hacia las regiones no podría necesariamente superar estas diferencias en la distribución.

Integración de los Sectores Público y Privado

El papel de la práctica privada en consultas, en clínicas privadas y dentro de los hospitales públicos, así como el seguro privado, sigue siendo difícil y contestado políticamente. Los críticos sospechan que el sector privado crea irracionalidades en la planificación, tiene en consideración la medicina de clases y que los honorarios del sector privado elevan los baremos de los honorarios públicos y los salarios públicos. Especialmente cuando coexisten dos sectores, puede haber problemas de competencia injusta consistente en que el sector privado depende con frecuencia de los recursos públicos pero no reinvierte los beneficios en empresas públicas y en que arrastra áreas "rentables" de asistencia médica (personas capaces y dispuestas a pagar por tratamiento médico, tratamientos que son rentables como cirugía y maternidad, o personas que presentan bajo riesgo y son por tanto baratas de asegurar) procedentes del sector público, dejando al sector público con las áreas de coste más alto y vulnerable a protestas a causa de ineficiencia y mala calidad.

La abrupta supresión de la práctica privada ha contribuido a crear una oposición política tremenda por parte de las profesiones médicas, y el éxodo de médicos de los hospitales públicos (como se temía en Suecia o en ciertas especialidades en Francia) o de clínicas locales (como en Quebec). Esto puede conducir a un sistema sanitario más estrictamente dividido en clases, con hospitales públicos y clínicas locales para los pobres y hospitales y médicos privados para los ricos. Cuando los mismos médicos y hospitales tratan a pacientes tanto públicos como privados, se producen protestas de que la dedicación del tiempo entre los dos grupos no es equitativa, pero los dos grupos tienen acceso a la misma calidad de médico o de institución. Así, en Suiza, los médicos de consulta pueden pasar facturas más altas a los pacientes con buena posición económica y pueden recibir pacientes privados en los hospitales, pero es la

entrada de cadenas de hospitales con obtención de beneficios de Estados Unidos en el mercado suizo lo que ha suscitado el temor de una medicina desigual.

No está claro hasta qué punto es importante el sector privado. Especialmente si los honorarios privados están completamente al margen del sistema del seguro social, el mercado de la práctica privada es sumamente pequeño. Por otra parte, con controles de costes en el seguro público, el sector privado tiende a expansionarse. Un problema con la práctica privada es que aumenta el atractivo comparativo de las áreas urbanas, agudizando los problemas de distribución de las áreas rurales.

Varios países han llegado a un entendimiento al permitir distintas modalidades de práctica privada, pero con límites en las horas de trabajo y en los honorarios. Los límites en los honorarios han sido un acierto si las organizaciones de la seguridad social pagan a los médicos directamente, y han resultado menos acertados si se reembolsa al paciente por una parte de los honorarios. Estos sistemas de pago directo a una tercera persona han permitido mejor la introducción de techos colectivos en los honorarios totales facturados, como en algunas provincias de Canadá y en la República Federal.

Si el objetivo en España es ampliar el acceso al sector ambulatorio, podría merecer la pena el integrar médicos privados en el sistema. Un giro del sistema de salario o combinación de salario y paga per cápita a un sistema de pago por acto médico incrementaría, con seguridad, los costes. Podría ser posible el proporcionar algunas formas de pago basadas en el trabajo realizado, que pagarían directamente los fondos de la seguridad social, y ese inconveniente se superaría en cierto modo. Más aun, se debe recordar que parte del atractivo de la práctica privada y de las clínicas privadas es la autonomía de los médicos. Se debe prestar atención a la concesión a los médicos de un

amplio margen de iniciativa y de innovación en el sector sanitaria ambulatorio. Las prácticas en grupo privadas podrían recibir pacientes del seguro, si existen protecciones contra la selección de riesgos y topes presupuestarias en los honorarios o incluso en los pagos per cápita. Igualmente, podrían hacerse esfuerzos para integrar las clínicas privadas en el servicio hospitalario público, con controles mejores que en el caso francés. Se podría utilizar la evaluación médica más que la rentabilidad para determinar la distribución de los recursos entre formas alternativas de administración de la asistencia, protegiendo de este modo la calidad y el acceso de los enfermos crónicos.

El papel de los mercados y de los incentivos

A pesar de la retórica de la competencia y de los mercados, todavía no existe ningún ejemplo convincente de una nación que haya reducido sus costes sanitarios y mejorado la eficacia por medio de la supresión de regulaciones, privatización o estímulos de obtención de beneficios. La competencia trae consigo una duplicación de los servicios y una carga de riesgos. Las instituciones establecidas de administración de la sanidad, los que la administran y el público han luchado contra ellos. No sólo es confusa la definición de eficiencia en sanidad, sino que la entrada del gobierno en el área de la sanidad se ha producido porque los mecanismos de mercado han demostrado ser incapaces de solucionar las necesidades de la sanidad. Las necesidades sanitarias no se traducen necesariamente en demandas efectivas de mercado, y no estamos dispuestos a que los ciudadanos soporten el riesgo de una mala sanidad. No sólo existen pacientes incapaces de evaluar la asistencia, sino que los indicadores del mercado (tales como beneficios o planes para basar los pagos en el número de pacientes tratados) no proporcionan una información de retorno (feedback) basada en los resultados sanitarios. La

"eficiencia" tiende a conseguirse por medio de la segregación del riesgo, no por medio de un tratamiento más efectivo. Por tanto, la eficiencia del mercado no produce necesariamente una buena sanidad, ni es necesariamente compatible con una buena sanidad. El seguro privado, las clínicas privadas y los hospitales privados han penetrado simplemente en los aspectos rentables del mercado de la sanidad --como la cirugía electiva-- pero no solucionarían necesariamente las amplias necesidades de la sanidad de la población. La cuestión consiste en si el permitir que estas empresas estén en el mercado descarga efectivamente al sector público de la sanidad a si lo socava.

A pesar de todo, los mecanismos de mercado tienen algunas ventajas. Se supone que permiten tomas de decisión individuales o descentralizadas, que promueven la microeficiencia (p. ej. los participantes pueden tomar decisiones calibradas acerca de dónde invertir los recursos y de lo que quieren comprar), reducen la necesidad de burocracia y el número de decisiones políticas y estimulan la innovación y el riesgo. A pesar del hecho de que el mercado sanitario no es un mercado normal, el mercado y otros incentivos juegan un papel al influenciar el comportamiento de los administradores de la asistencia sanitaria, de los financieros y de los consumidores. Es importante analizar estos incentivos, buscando "ineficiencias" pero más críticamente, buscando la conexión entre estos incentivos y los objetivos globales de la política sanitaria. Además, debe tenerse en cuenta que el público está generalmente más dispuesto a pagar costes más altos por los servicios que ha elegido adquirir. Al valorar las posibilidades de incentivos mejorados de mercado, se deben utilizar cinco estándares: ¿Existe igualdad entre los participantes en el mercado? ¿Se proporciona a los participantes una información completa y la capacidad de elegir?, ¿pueden estos participantes soportar los riesgos implicados? ¿Se está dispuesto a dejar a los que tienen

menos poder de mercado incurrir en pérdidas? ¿Estará el resultado del mercado substantivamente justificado?

Un área en la que estas condiciones podrían aproximarse es el área de la sustitución de las formas de asistencia, especialmente entre los administradores de la sanidad y de los servicios sociales, como en el ejemplo alemán. Podrían utilizarse los mercados con efectividad para descentralizar las decisiones teniendo en cuenta la mayor microeficiencia. Esto podría significar el permitir a los pacientes una mayor elección en los aspectos no médicos del tratamiento sanitario. Por ejemplo, la elección de estar en un hotel adjunto al hospital, más que bajo tutela hospitalaria antes o después del tratamiento; o en un apartamento en el que los miembros de la familia podrían participar en la asistencia no médica. Especialmente si se utilizan incentivos positivos, la elección del consumidor puede llevar a una asignación más eficiente de la asistencia entre varios proveedores. Por ejemplo, al elegir entre ayuda a domicilio, una residencia de ancianos, una clínica de reposo o asistencia hospitalaria, una participación más activa por parte de los ancianos y sus familias puede de hecho mejorar las condiciones para los de edad avanzada. La utilización de un incentivo positivo (es decir, la devolución al paciente de alguna parte de lo ahorrado como consecuencia de la elección de una asistencia menos cara) aseguraría que los que eligieran las formas de asistencia más caras no serían penalizados. Los incentivos positivos podrían hacer posible, por ejemplo, para un miembro de una familia, coger tiempo de su trabajo o contratar ayuda para el cuidado de niños o de la casa a fin de asistir a un miembro enfermo de la familia. Obviamente, la consulta médica es imprescindible con respecto a la necesidad de tratamiento médico. Más aun, la capacidad de sustitución depende de la accesibilidad de formas alternativas de asistencia. Una segunda utilización potencial podría tener que ver con la parte de "hotel" de los servicios de hospital. La accesibilidad de formas

alternativas de acomodación podría reducir las estancias hospitalarias o hacer la cirugía de pacientes externos más factible. Existe una necesidad de más servicios que se encuentra en medio de los sectores ambulatorio y hospitalario. Sin embargo, una mayor flexibilidad en la asistencia y la facilidad de sustitución crea problemas para la organización de la asistencia a pacientes internos y conflictos con el crecimiento del personal hospitalario sindicalizado. Además, está implícita en esta idea la vuelta a la ayuda voluntaria o familiar, o al trabajo con baja remuneración, una carga que pesará típicamente más sobre las mujeres, como lo hará cualquier reducción de personal hospitalario.

Sin embargo, una cuestión que surge es si los incentivos de mercado son realmente necesarios. Se podrían lograr los mismos resultados con un margen más amplio para la participación y la elección individual. Además, siempre existirán los pacientes mejor informados --con frecuencia los que han recibido mejor educación y con mayores recursos económicos, para empezar-- que se aprovechan de los mecanismos de mercado. En segundo lugar, la capacidad de sustitución depende de la posibilidad de instituciones alternativas y de la información acerca de dichas alternativas. En tercer lugar, cada avance en la elección individual crea problemas de organización y de facturación que podrían de hecho contrarrestar cualquier ahorro de costes logrado mediante dichas medidas.

Para cualquier elección relacionada con un auténtico tratamiento médico, es necesario apoyarse en los médicos y en las autoridades sanitarias. De nuevo, no está claro si un sistema de incentivos es realmente lo que se necesita o si alternativas más amplias para el tratamiento o mayores posibilidades de discusión de estas alternativas sería suficiente. Ciertamente, un sistema de incentivos parece más atractivo que el sistema de seguimiento estadístico de las

consultas y de la extensión de recetas de los médicos. Estos sistemas crean conflictos, incentivos negativos y las sanciones son tan severas que en la práctica se utilizan solamente para detectar a los médicos que podrían ser acusados de un mal ejercicio de su profesión. Una posible aplicación de los incentivos podría ser que los médicos participasen en el coste de los medicamentos que recetan. Esto ayudaría a contrarrestar la presión tan fuerte de los pacientes por obtener medicamentos, pero tales sanciones afectarían a diferentes tipos de médicos injustamente y crearían incentivos para alterar la estructuración de sus casos. Incentivos positivos, como un presupuesto único para medicamentos y equipo, podrían ayudar a estimular elecciones más cuidadosas y poner en claro los intercambios implicados al apoyarse en varios recursos.

También se ha elevado la competencia con respecto a instituciones sanitarias como las OSS, hospitales y seguros. Mientras que alguna competencia entre agentes de seguros o las OSSs podría dar como resultado un incremento de la eficiencia, el camino más obvio para la eficiencia es el rechazo de los enfermos crónicos, resultado no deseado. Además, los costes administrativos y la duplicación de servicios tienden a aumentar. La competencia en el área de medicamentos y equipo médico, por otra parte, parece más prometedora. El gobierno tiene ya mecanismos bien desarrollados para regular las industrias que producen productos peligrosos o productos en los que es necesario un alto control de la calidad. Los precios en este área son tan altos que el ahorro de coste podría ser sustancial. Es posible que la integración económica de Europa podría forzar la reorganización de la ley de patentes de tal manera que permitiera el ahorro en este sector.

Distribución

Se necesita claramente limitar la mano de obra y especialmente el número de médicos; al mismo tiempo, es de

desea la utilización de los conocimientos de los que ya están formados. Algunos países se apoyan en incentivos para mejorar la distribución de los médicos. Las ventajas financieras y profesionales de la práctica urbana, sin embargo, constituye un contrapeso continuo a cualquier política de este tipo. Una alternativa consiste en dirigirse a las ventajas profesionales directamente y centrarse en la formación posterior de los médicos jóvenes. Si los médicos con prestigio impartieran cursos de formación cortos en áreas remotas, los médicos jóvenes de esas áreas estarían con menor desventaja en su desarrollo profesional. Además, los problemas de la práctica rural recibirían más atención de los especialistas médicos ya que estarían más expuestos a dichas áreas. Tales rotaciones son una parte integral del sistema cubano.

Formas Alternativas de Administración, Medidas de Producción y Participación

Los grandes temas de política sanitaria son hoy en día la reducción de costes, los mecanismos de mercado y el papel del sector privado. En un giro histórico, los que abogan por lo "privado" tienden a apoyar a los gestores de negocios y a la eficiencia corporativa más que a la autonomía del médico privado, como hicieron durante la mayor parte del periodo de postguerra. Hemos llegado a un punto en el que muchas de las reducciones "fáciles" en la asistencia sanitaria ya se han hecho. Con todo lo difíciles que han demostrado ser estas elecciones, las elecciones en el futuro lo serán más. Al pensar en estas alternativas, es importante no fijarse en "el mercado" y en un ideal de "competencia" como un camino fácil para salir de los dilemas de la elección. Puede haber en realidad sitio para un margen mayor de elección individual y toma de decisión descentralizada. Al mismo tiempo, estas elecciones se hacen dentro de marcos estructurados a un nivel colectivo. La "sustitución" ofrece una solución parcial a los problemas de asistencia a los

ancianos y a los enfermos crónicos. Pero la capacidad de sustitución depende de la expansión de las facilidades para una asistencia alternativa. Algunas naciones han aumentado el número de enfermeras, personal médico y médicos de medicina general al reducir el número de camas hospitalarias y de especialistas de hospital. Algunas naciones disponen de fondos extensivos para la asistencia a domicilio (Suecia y el Reino Unido, se ha introducido en la República Federal), mientras que otras no los tienen. Estas áreas requieren una inversión. Si la sustitución se va a aplicar a formas de tratamiento --por ejemplo en encontrar alternativas a los medicamentos-- se deben hacer más inversiones en investigación en estas áreas. Además, tanto la sustitución como otras medidas de eficiencia --provocadas por deseo de beneficios, por discusiones colectivas o por planificadores-- dependen del desarrollo de medidas más adecuadas de producciones sanitarias. Se está desarrollando un consenso en este área: existe una necesidad apremiante de una evaluación directa de los resultados de sanidad. Las cifras de mortalidad son completamente inadecuadas para valorar las intervenciones individuales y los sistemas de sanidad en su conjunto. Finalmente, si estas elecciones requieren una mayor participación de los ciudadanos, es necesario volver a pensar formas de participación. La representación formal en el seguro social, hospitales o juntas de planificación de sanidad puede no ser el camino ideal para implicar al público en decisiones de tipo sanitario. Es muy difícil lograr esto sin crear incómodos procedimientos burocráticos, que limitan la participación a un nivel simbólico, o que permiten el dominio de los que se proclaman a sí mismos representantes del pueblo. Se podría profundizar más en cómo la participación en sanidad ha funcionado en realidad dentro de fondos de enfermedad diferentes o en consejos locales. Se podría consultar a los que ahora constituyen los principales objetivos de las quejas de los ciudadanos --p. ej. alcaldes, concejales

municipales, representantes de los partidos, tribunales de seguro social-- e incluirlos en el sistema. A pesar de estas dificultades, existe un reto que merece la pena si las políticas de sanidad van a cumplir la promesa de ser unas políticas de elección colectiva.

BIBLIOGRAFIA

- Abel-Smith, Brian (1984). Cost Containment in Health Care. A study of 12 European Countries. London: National Council for Voluntary Organisations/ Bedford Square Press.
- (1985). "Who Is the Odd Man Out?: The Experience of Western Europe in Containing the Costs of health Care," Milbank Memorial Quarterly/Health and Society, 63: 1-17.
- Altenstetter, Christa (1987). "An End to Consensus on Health Care in the Federal Republic of Germany?" J. of Health Politics, Policy and Law, 12: 505-536.
- Anderson, Odin W. (1972). Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden and England. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Baakman, Nico, Jan van der Made and Ingrid Mur-Veeman (1989). "Controlling Dutch Health Care," pp. 99-115 in Freddi/Ejorkman (eds).
- Begin, Monique (1988). Medicare: Canada's Right to health. Montreal: Optimum Publishing International.
- Beske, Fritz (1982). "Expenditures and attempts of cost containment in the statutory health insurance system of the Federal republic of Germany," pp. 235-263 in McLachlan/Maynard (eds), The Public/Private Mix for Health. London: the Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Blanpain, Jan, with Luc Delesie and Herman Nys (1978). National Health Insurance and Health Resources: The European Experience. Cambridge: Harvard University Press.
- Carder, Mack and Klingeberg, Bendix (1980). "Towards a Salaried Medical Profession: How 'Swedish' was the Seven Crowns Reform?" pp. 143-172 in Heidenheimer and Elvander (eds), The Shaping of the Swedish Health System. London: Croom Helm.
- Dekker (1988). Changing Health Care in the Netherlands. (Summary of the "Dekker Report," "Bereldheft tot verandering; rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg," March 1987, and the government's response, of March 1988.) Rijswijk: Ministry of Welfare, health and Cultural Affairs.
- Enthoven, Alain and Richard Kronick (1989). "A Consumer Choice Plan for the 1990s," Parts I & II, New England J. of Medicine, 320 (Jan 5): 29-56; (Jan 12): 94-120.

- Evans, R. G. (1982). "Health Care in Canada. Patterns of funding and regulation," pp. 369-424 in McLachlan/Maynard (eds), The Public/Private Mix for Health. London: the Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- (1986). "Finding the Levers, Finding the Courage: Lessons from Cost Containment in North America," J. of Health Politics, Policy and Law, 11: 585-615.
- Evans, Robert G., Lomas, Barer et al. (1989). "Controlling Health Expenditures- the Canadian reality," New England J. of Medicine, 320 (Mar. 2): 571-577.
- Flynn, Rob (1988). "Cutback Management in Health Care in England and the Netherlands," unpublished paper, ECPR, Rimini.
- Ferrera, Maurizio (1989). "The Politics of Health reform: Origins and Performance of the Italian Health Service in Comparative Perspective," pp. 116-129 in Freddi/Bjorkman (eds).
- Freddi, Giorgio and James Warner Bjorkman (1989). Controlling Medical Professionals. London: Sage.
- Glaser, William A. (1970). Paying the Doctor: Systems of Remuneration and their effects. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- (1976). Paying the Doctor Under National Health Insurance: Foreign Lessons for the United States, 2nd ed. Springfield, VA: National Technical Informations Service, US Dept. of Commerce.
- (1978). Health Insurance Bargaining: Foreign Lessons for Americans. NY: Gardener Press.
- (1987). Paying the Hospital. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Godt, Paul J. (1987). "Confrontation, Consent, and Corporatism: State Strategies and the Medical Profession in France, Great Britain, and West Germany," J. of Health Politics, Policy and Law, 12: 459-480.
- (1988). "The Revival of Neo-Liberal Doctrine and French Health Care Policy," unpublished paper presented at the International Political Science Association, Washington DC.
- Health and Welfare (1987). 1986-1987 Canada Health Act Annual Report. Canada: Minister of National Health and Welfare.
- Heidenheimer, Arnold J. (1980) "Conflict and Compromise Between Professional and Bureaucratic Health Interests. 1947-1972," pp. 119-142 in Heidenheimer & Elvander (eds), The Shaping of the Swedish Health System. London: Croom Helm.
- Hogarth, James (1963). The Payment of the Physician. Some European

- Comparisons. NY: Macmillan Co. (Pergamon Press).
- Hollingsworth, J. Rogers (1986). A Political Economy of Medicine: Great Britain and the United States. Baltimore: the Johns Hopkins Press.
- Iglehart, John K. (1986a). "Health Policy Report. Canada's Health System. (First of three Parts)," New England J. of Medicine, 315 (July 17): 202-208.
- (1986b). "Canada's Health Care System," New England J. of Medicine, 315 (Sept 18): 778-784.
- (1986c). "Canada's Health Care System," New England J. of Medicine, 315 (Dec. 18): 1623-1628.
- Inspection G n rale des Affaires Sociales. Rapport Annuel 1977-1978. Les Etablissements Sanitaires et Sociaux. Paris: Documentation Fran aise, 1979.
- International J. of Health Services (1986). "Debate on English Health Policy: An Exchange Between Norman Fowler, Secretary of State for Social Services of the Department of Health and Social Security in England, and Radical Statistics Health Group," 16: 293-308.
- Klein, Rudolf (1983). The Politics of the National Health Service. London: Longman.
- (1985). "Why Britain's Conservatives Support a Socialist Health Care System," Health Affairs, 4: 1-58.
- Lacronique, J. F. (1982). "The French Health Care System," pp. 265-288 in A. Maynard & G. McLachlan (eds), The Public/Private Mix for Health. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Maxwell, Robert J. (1981). Health and Wealth. An International Study of Health Care Spending. Lexington, MA: Lexington Books, D. C. Heath and Company for Sandoz Institute for Health and Socio-Economic Studies.
- Minist re de la Sant publique et de la S curit sociale. Pour une politique de la Sant . Rapports pr sent es Robert Boulin, Tome III, L'h pital. Pr sent par M. Roger Gr goire, Conseilleur d'Etat. Paris: Documentation Fran aise.
- Mohan, J. and K. J. Woods (1985). "Restructuring Health Care: The Social Geography of Public and Private Health Care Under the British Conservative Government," International J. of Health Services, 15: 197-215.
- Naylor, C. David (1986). Private Practice, Public Payment. Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance 1911-1966. Kingston and Montreal: McGill-Queen's University Press.
- OECD (1987). Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of

- OECD Countries. OECD Social Policy Studies No. 4. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development.
- Palley, Howard A. (1987). "Canadian federalism and the Canadian Health Care Program: A Comparison of Ontario and Quebec." International J. of Health Services, 17: 595-616.
- Pollitt, G. (1987?). "Capturing Quality?: The Quality Issue in British and American Health Policies," J. of Public Policy, 7: 71-92.
- Prowse, M. (1989). "Why Britain's doctors are up in arms," Financial Times, March 22.
- Rayner, Geoffrey (1987). "Lessons from America? Commercialization and the Growth of Private Medicine in Britain," International J. of Health Services, 17: 197-216.
- Rodwin, Victor (1984). The Health Planning Predicament. France, Quebec, England, and the United States. Berkeley: U. of California Press.
- Roemer, Milton (1977). Comparative National Policies on Health Care. NY: Marcel Dekker.
- Rosenthal, Marilyn M. (1986). "Beyond Equity: Swedish Health Policy and the Private Sector," The Milbank Quarterly, 64: 592-621.
- Rutten, Frans and Albert van der werff (1982). "Health Policy in the Netherlands," pp. 169-206 in McLachlan/Maynard (eds), The Public-Private Mix for Health. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Saltman, Richard B. and Casten von Otter (1987). "Re-vitalizing public health care systems: a proposal for public competition in Sweden," Health Policy, 7: 21-40.
- Schenkluhn, Brigitte with Douglas Webber (1988). "Steering the Health Sector in Switzerland, West Germany and Italy," unpublished paper presented at the ECPR joint sessions, Bologna/Rimini.
- Soderstrom, Lee (1978). The Canadian Health System. London: Croom Helm.
- Stone, Deborah A. (1980). The Limits of Professional Power. Chicago: Chicago University Press.
- Taylor, Rosemary C. R. (1984). "State Intervention in Postwar Western European Health Care: The Case of Prevention in Britain and Italy," pp. 91-111 in S. Bornstein, D. Held and J. Krieger (eds), The State in Capitalist Europe. London: George, Allen & Unwin.
- Webber, Douglas (1988). "The 'Old Man' Blum and the Health Insurance 'Sea': the conflict over the health insurance reform in the Federal republic of Germany, 1987-1988," unpublished paper, Max-Planck-Institut fur Gesellschaftsforschung, Cologne.

SIZE OF HEALTH SECTOR, 1984

	Public Health to GDP	Total Health to GDP	Health Consumption to TCE	Health Employment to Total Employment
	(Percent)			
Australia	6.6	7.8	9.1	6.9 (83)
Austria	4.4	7.2	9.5 (83)	5.4 (82)
Belgium	5.7	6.2	-	4.5 (81)
Canada	6.1	8.4	-	4.8 (81)
Denmark	5.3	6.3	7.8 (81)	4.8 (80)
Finland	5.4	6.6	7.8	5.9 (82)
France	6.5	9.1	11.0 (82)	4.4 (83)
Germany	6.4	8.1	10.0	2.2 (80)
Greece	3.6	4.6	5.3	2.1 (81)
Iceland	6.5	7.9	8.3 (80)	-
Ireland	6.9	8.0	9.8 (83)***	5.2 (83)
Italy	6.1	7.2	8.5 (82)	2.6 (83)
Japan	4.8	6.6	9.2	2.9 (81)
Luxembourg	-	6.4 (82)	-	-
Netherlands	6.0	8.6	-	7.2 (84)
New Zealand	4.4	5.6	-	5.7 (80)
Norway	5.6	6.3	9.6	10.3* (84)
Portugal	3.9	5.5	-	2.5 (82)
Spain	4.2	5.8	-	3.3 (83)
Sweden	8.6	9.4	10.7 (83)	7.8 (83)
Switzerland	-	7.8 (82)	10.7 ***	5.6 (82)
Turkey	-	-	-	-
United Kingdom	5.3	5.9	6.8 ***	5.3 (83)
United States	4.4	10.7	11.6 (83)	5.3 (83)
Average	5.6	7.2	9.1	4.7**

Notes: TCE - Total (public and private) final consumption expenditure.

* - Includes part-time as well as full-time (e.g. figures not in full-time equivalents), and a large number of those employed in social services.

** - Excludes Norway. The average is 5.0 per cent if Norway is included.

*** - Based on OECD National Accounts data supplemented by other National sources.

Sources: Measuring Health Care 1960-1983, OECD, Paris, 1985. Figures for 1984 are estimates based on the same source documents and method. National Accounts, Volumes I-II, OECD, Paris, 1986.

PUBLIC AND TOTAL HEALTH EXPENDITURES, 1960-1984
(Percent)

Country	1960	1965	1970	1975	1980	1982	1984
	PH/TH TH/GDP	PH/TH TH/GDP	PH/TH TH/GDP	PH/TH TH/GDP	PH/TH TH/GDP	PH/TH TH/GDP	PH/TH TH/GDP
Australia	47.6	51.2	55.4	73.8	62.5	62.1	84.5
Austria	65.3	4.4	59.1	60.8	62.3	61.1	60.9
Belgium	61.6	5.4	75.3	87.0	87.4	92.3	91.6
Canada	43.1	5.5	50.3	70.2	74.4	74.2	74.4
Denmark	86.7	5.6	86.3	91.9	85.2	85.6	83.4
Finland	54.5	4.3	64.3	72.1	78.2	79.7	78.8
France	57.8	4.3	68.3	71.7	72.0	71.1	71.2
Germany	67.5	4.7	70.9	74.2	79.3	78.7	78.2
Greece	57.9	2.9	71.3	81.6	83.9	84.4	79.3
Iceland	40.0	5.7	46.2	58.4	82.6	82.9	82.7
Ireland	76.0	4.0	76.2	82.5	93.5	93.6	96.9
Italy	83.1	5.9	87.8	86.1	87.8	84.6	84.1
Japan	60.4	3.0	61.4	69.8	70.8	70.3	72.1
Luxembourg							
Netherlands	33.3	3.9	68.7	84.3	78.6	80.2	78.3
New Zealand							
Norway	77.8	3.3	80.9	91.6	83.5	87.6	78.4
Portugal							
Spain							
Sweden	72.6	4.7	52.6	54.7	68.9	71.1	80.8
Switzerland							
United Kingdom	85.2	3.9	60.8	66.5	73.5	72.4	72.3
United States	24.7	5.3	26.1	37.0	42.5	41.1	41.4
Mean ^a	61.0	4.2	67.6	72.1	79.0	79.0	78.7
High/Low ^a	3.6	2.0	3.4	2.5	2.3	2.3	2.2
Standard deviation ^a	18.2	0.8	15.8	13.6	13.6	13.9	12.2
Mean - Big Seven	60.5	4.4	64.4	70.9	73.9	73.0	72.9

Notes: PH = Public Health Expenditure; TH = Total Health Expenditure; GDP = Gross Domestic Product;

^a Excludes Luxembourg, New Zealand, Portugal, Spain and Switzerland.

Figures for 1984 are preliminary estimates.

Source: Measuring Health Care 1960-1983, OECD, Paris, 1985.

OECD, 1987:55

HOSPITAL EXPENDITURES, 1982

Country	Total amount (millions of local currency units)				Percent of all health expenditures		
	Amount (1982)	Amount per bed (1982)	Amount per capita (1982)	Amount per admission (1982)	Country source	OECD	Marwell (1975)
Australia (1) (2)	4 567	349 000	5310	4200	41.7	36.7	45.6
Canada (1)	12 470	65 000	450	310	41.4	41.4	53.8
Denmark (3)	19 340	63 000	680	220	64.6	70.4	-
Finland (3)	6 285	11 000	240	70	43.9	49.0	-
France	142 126	41 000	470	170	50.3	43.0	58.0
Germany	50 532	34 000	570	110	53.3	38.6	55.0
Iceland (3)	1 471	46 000	330	330	63.9	61.4	-
Ireland (1) (2) (3)	496	52 000	260	170	-	48.4	-
Japan	5 836 380	19 000	250	60	41.9	32.8	-
Netherlands	18 841	45 000	340	140	59.3	59.0	52.6
Norway (1) (3)	11 186	61 000	430	220	45.6	45.3	-
Switzerland	6 751	57 000	470	125	46.3	44.4	44.9
United Kingdom (3)	8 912	39 600	320	140	61.3	61.3	62.8
United States	134 700	122 000	540	360	41.9	41.8	50.4
Mean		50 000	410	170			
High/Low		6.4	2.5	6.0			
Standard Deviation		15 000	110	80			

Notes: 1. Recurrent health expenditures; 2. General hospitals only; data on Ireland exclude private general hospitals; 3. Public expenditures. Excludes clinic-based hospital beds.

To assure as much correspondence as possible among costs, beds, and utilisation, the bed and utilisation statistics used here were taken from the same source as the hospital expenditure information whenever possible. As a result, they may differ from the figures presented in other tables based on the OECD data base.

Sources: Denmark, Finland, Iceland, Norway: Health Statistics in the Nordic Countries, 1982, 1983, 1984, Nordisk Medicinsk - Statistisk Komité, Copenhagen, 1984, 1985, 1986. Norwegian expenditure data provided by Royal Norwegian Ministry of Health and Social Affairs.
France, Germany, the Netherlands, Switzerland, the United Kingdom: Eurocare, Health Service Consultants, Basel; and Annual Abstract of Statistics 1986 Edition, U.K. Central Statistical Office, London, 1986.
Australia: Australian Health Expenditure 1979-80 and 1981-82, Australian Institute of Health, Canberra, 1984, and data supplied by Australian Department of Health.
Canada: National Health Expenditures in Canada 1970-1982, Health and Welfare Canada, Ottawa; and Canada Yearbook 1985, Minister of Supply and Services, Ottawa, 1985.
United States: Health Care Financing Review, Fall 1985; Health United States 1985, National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland, 1985; and Statistical Abstract of the United States, 1985, U.S. Bureau of the Census, Washington, D.C., 1984.
Ireland: Statistical Information Relevant to the Health Services, 1983, 1984, Department of Health, prepared by the Planning Unit, Dublin.
Japan: Japanese Medical Care Expenditure, Statistics and Information Department of the Japanese Ministry of Health and Welfare, Tokyo, 1985; and Hospital Survey 1983, Japanese Ministry of Health and Welfare, Tokyo, 1986.
Measuring Health Care 1960-83, OECD, Paris, 1983.
National Accounts Main Aggregates Volume 1, OECD, Paris, 1984.
Robert J. Marwell, Health and Wealth: An International Study of Health Care Spending, Lexington Books, Lexington, Mass., 1981.

Consultation rate per person per year outside hospital

Germany (Fed. Rep.)	11.5 (1975)
France	5.2 (1980)
Italy	12.3 (INAM 1977)
USA	4.7 (1977)
UK	5.4 (1980)

Source: CREDOC, Paris (provisional figures)

Tanto en la República Federal de Alemania como en Italia, que siguen el sistema de pago por acto médico, la proporción del número de consultas médicas era alrededor del doble que la del Reino Unido, donde se paga a los médicos un salario o una variante del pago per capita. Francia tiene, sin embargo una proporción baja, pero el paciente paga una parte considerable del coste. La proporción del número de consultas es más bajo que en el Reino Unido. Hay más médicos por cabeza en la República Federal de Alemania y en Italia que en el Reino Unido, pero esto explica solo una pequeña parte de la diferencia. Es de especial interés el hecho de que la proporción del número de consultas a médicos de medicina general en el Reino Unido ha tendido a bajar durante los últimos 30 años, mientras que ha estado creciendo en Francia, la República Federal de Alemania e Italia.

Existe una clara asociación entre la proporción de las recetas extendidas y el sistema de pago, como se muestra en el Cuadro 2.

Prescription items per person per year under social security (17)

Netherlands	4.5 (1974)
England and Wales	6.3 (1975)
Denmark	6.9 (1976)
Belgium	9 (1975)
France	10.3 (1975)
Germany (Fed. Rep.)	11 (1973)
Italy	21 (INAM 1975)

DROITS PÉCUNAIRES AUX PROVINCES
À L'ÉGARD DES SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS ET DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ
1986-1987
(en milliers de dollars)

	SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS			SERVICES COM- PLÉMENTAIRES DE SANTÉ	TOTAL DES DROITS
	DROITS EN ESPÈCES	TRANSPERT EN IMPÔTS	TOTAL		
TERRE-NEUVE	144 693	99 497	244 190	25 834	270 024
ÎLE-DU-PRINCE- ÉDOUARD	31 947	21 967	53 914	5 704	59 618
NOUVELLE-ÉCOSSE	220 407	151 559	371 966	39 352	411 318
NOUVEAU- BRUNSWICK	179 832	123 658	303 490	32 108	335 598
QUÉBEC	1 136 431	1 652 768	2 789 199	295 085	3 084 284
ONTARIO	2 038 477	1 825 922	3 864 399	408 836	4 273 235
MANITOBA	268 988	184 964	453 952	48 026	501 978
SASKATCHEWAN	254 623	175 087	429 710	45 461	475 171
ALBERTA	495 546	510 126	1 005 672	106 396	1 112 068
COLOMBIE- BRITANNIQUE	725 845	497 165	1 223 010	129 389	1 352 399
YUKON	5 315	4 323	9 638	1 020	10 658
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	10 803	10 619	21 422	2 266	23 688
CANADA	5 512 907	5 257 655	10 770 562	1 139 477	11 910 039

NOTE: Les chiffres n'incluent pas les ajustements de l'année précédente ou les déductions pour l'année en cours.

PAIEMENTS EN ESPÈCES EFFECTUÉS AU TITRE DES
CONTRIBUTIONS AUX PROGRAMMES DES SOINS DE SANTÉ

1986-1987

(en milliers de dollars)

	SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS	SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ	CONTRIBUTIONS TOTALES
TERRE-NEUVE	140 613	25 797	166 410
ÎLE-DU-PRINCE ÉDOUARD	31 107	5 725	36 832
NOUVELLE-ÉCOSSE	214 925	39 438	254 363
NOUVEAU-BRUNSWICK	181 475	32 173	213 648
QUÉBEC	1 085 629	294 503	1 380 132
ONTARIO	2 002 812	407 344	2 410 156
MANTOBA	262 586	48 139	310 725
SASKATCHEWAN	254 591	45 461	300 052
ALBERTA	515 509	106 396	621 905
COLOMBIE- BRITANNIQUE	779 349	129 389	908 738
YUKON	5 358	1 039	6 397
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	9 067	2 261	11 328
CANADA	5 483 021	1 137 665	6 620 686

NOTE: Les montants englobent les rajustements des années précédentes de même que les déductions ou les remboursements faits en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

SOMMAIRE DES DÉDUCTIONS POUR 1986-1987
EN APPLICATION DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ
 (en milliers de dollars)

	DU 1 ^{ER} JUILLET 1984 AU 31 MARS 1986			DU 1 ^{ER} AVRIL 1986 AU 31 MARS 1987			MONTANTS TOTAUX DES DÉDUCTIONS AU 31 MARS 1987			
	SURFACTURATION	FRAIS MODÉRATEURS	TOTAL 1984-1986	SURFACTURATION	FRAIS MODÉRATEURS	TOTAL 1986-1987	SURFACTURATION	FRAIS MODÉRATEURS	REMBOURSEMENTS À CE JOUR	TOTAL DES DÉDUCTIONS
TERRE-NEUVE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ÎLE-DU-PRINCE ÉDOUARD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOUVELLE-ÉCOSSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOUVEAU-BRUNSWICK	147	6 237	6 384	206	266	502	263	6 533	6 533	353*
QUÉBEC	0	14 032	14 032	0	0	0	0	14 032	14 032	0
ONTARIO	93 324	0	93 324	13 332	0	13 332	106 656	0	106 656	0
MANITOBA	1 270	0	1 270	0	0	0	1 270	0	1 270	0
SASKATCHEWAN	2 107	0	2 107	0	0	0	2 107	0	2 107	0
ALBERTA	17 325	4 467	21 792	5 678	1 362	7 240	23 203	5 825	29 032	0
COLOMBIE-BRITANNIQUE	0	53 417	53 417	0	31 332	31 332	0	84 749	84 749	0
YUKON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANADA	114 173	78 153	192 326	19 415	32 690	52 405	129 589	111 142	244 379	353

* Le 5 juin 1987, le Nouveau-Brunswick a reçu un remboursement de 353 000 \$.
 Ce montant avait été retenu parce que la province avait surfacturé des services.

Health and Welfare, 1987

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
 SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

Distribution of seats in Dutch health care quangos (1987 figures)

	Council of Hospital Facilities		National Health Council ¹		Central Organization for Health Tariffs		Sickness Fund Council	
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Health care institutions and medical professionals	12	48	30	67	4	22	9	23
Financing bodies	5	20	4	9	4	22	9	23
Provinces and municipalities	3	12	4	9	-	-	-	-
Employers	1	4	2	4	2	11	7	18
Employees	1	4	2	4	2	11	7	18
Consumers	1	4	3	7	-	-	-	-
Independent experts	2	8	-	-	6	34	7	18
Total seats	25	100	45	100	18	100	39	100

¹On the National Health Council the votes differ from the seats: see text.